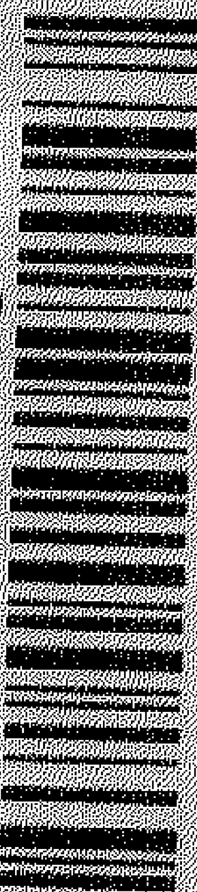
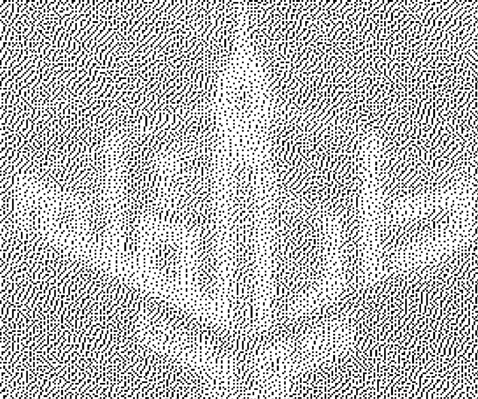
الدكتور لويس كامل مليكه

العلاج السلوكي وتعديل السلوك







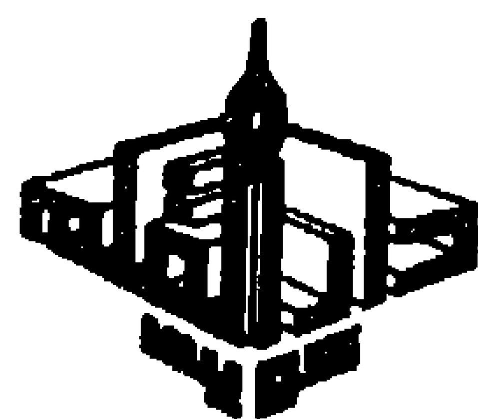
العلاج السلوكي وتعديل السلوك

بسم الله الرحمن الرحيم

العلاج السلوكي وتعديل السلوك

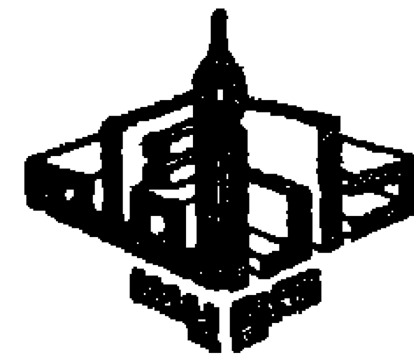
الدكتور

لويس كامل مليكة



الطبعة الأولى

١٤١٠هـ - ١٩٩٠م



دار القلم للنشر والتوزيع

شارع السور - عمارة السور - الطابق الأول
هاتف: ٢٤٥٧٤٠٧ - ٢٤٥٨٤٧٨ - برقيا توزيعكو
ص.ب ٢٠١٤٦ الصفاة 13062 الكويت

المحتويات

مقدمــــة

نقدم فى هذا الكتاب المجموعة الأولى من مناهج العلاج النفسى ، والتى يمكن ادراجها بعامة تحت عنوان : مناهج العلاج السلوكى وتعديل السلوك ، وقد أضيف إليها حديثا العلاج السلوكى – المعرفى . ويمثل هذا الكتاب امتدادا لكتابنا : « علم النفس الإكلينيكى : التشخيص والتنبؤ فى الطريقة الإكلينيكية » (الجزء الأول) وكنا قد وعدنا القارىء فى مقدمته بإصدار الجزء الثانى فى العلاج النفسى ، والجزء الثالث فى تطبيقات علم النفس الإكلينيكى . إلّا أن الجزء الأول أعيد طبعه عدة مرات دون أن يصدر هذان الجزءان الموعودان . وقد حالت دون ذلك ظروف العمل خارج البلاد مع منظمتى الأمم المتحدة واليونسكو لمدة تزيد عن اثنتى عشر عاما . إلّا أن العامل الأهم هو أن ميدان العلاج النفسى قد تشعبت مدارسه وتنوعت مناهجه إلى الحد الذى أصبح فيه من الصعب على الباحث والممارس فضلا عن الطالب متابعة هذا التشعب وهذا التنوع . وقد يلحظ القارىء أن قائمة مراجع هذا الكتاب تمتد على مدى الأعوام من ١٩٦٥ إلى ١٩٨٨ .

فى ضوء هذه الظروف والعوامل وجدنا أنه سوف يكون نبتا فطيرا ومتعجلا أن نضم فى كتاب واحد شتات هذه المدارس والمناهج المختلفة ، وأنه من الأفضل تجزئة العمل حتى يعطى لكل ذى حق حقه ، ولكى يكون عرضنا لهذه المدارس والمناهج شاملا ومتعمقا ومتأنيا يفى بحاجة كل من الباحث والممارس والطالب .

وتكاد تجمع كتابات الباحثين فى موضوع العلاج النفسى على تصنيف المناهج العلاجية إلى ثلاث مجموعات كبرى هى : العلاج السلوكى وتعديل السلوك والعلاج السلوكى – المعرفى ؛ والتحليل النفسي ؛ والعلاج النفسي الإنساني – الوجودى . وقد خصصنا هذا الكتاب لعرض المجموعة الأولى ، وسوف يتبعه بإذن الله كتاب فى المجموعتين الثانية والثالثة وربما كتاب ثالث يتناول القضايا العامة فى العلاج النفسى وموضوعات أخرى مثل العلاج الجماعى وغيره .

وقد هدفنا فى الكتاب الحالى إلى أن نقدم للقارىء فى اثني عشر فصلا ، مناقشة متكاملة للأسس النظرية وللاجراءات العملية فى العلاج السلوكى وتعديل السلوك والعلاج السلوكى – المعرفى ، بصورة تشبع حاجات كل من الباحث والممارس والطالب . وقد بدأنا بعرض الخلفية التاريخية والمفاهيم الأساسية والمنابع الرئيسية التى استمد منها العلاج السلوكى كما يمارس اليوم ؛ أسباب حيويته وتبايناته ، ثم عرضنا فى فصل مستقل لكل من المناهج والاجراءات الرئيسية فى العلاج السلوكى : التحليل السلوكى والإشراط الاستجابى والإشراط الإجرائى الممتزجة وتأكيد الذات والضبط الذاتى . ثم خصصنا فصلا لتطبيقات تعديل السلوك فى المدرسة وختمنا بعرض نقدى .

وقد حرصنا كل الحرص على أن نقدم للقارىء نماذج حية من فئات أكلينيكية وغير أكلينيكية عديدة ومتنوعة لنشبع قدر الإمكان الحاجات المتباينة والممتدة على نطاق واسع ، مع تذكير القارىء فى نفس الوقت بالحاجة الملحة إلى التمسك بمعايير الضبط العلمى والمقارنة مع المدارس والمناهج الأخرى .

لعلنا أن نكون قد وفقنا إلى تحقيق القصد وإلى الوفاء بالوعد وإلى لقاء قريب بإذن الله .

الكويت ، نوفمبر ١٩٨٩ **لويس كامل مليكه**

الفصل الأول

تاريخ ومفاهيم وأسس العلاج السلوكي وتعديل السلوك

مقدمة وتعاريف :

ظهرت منذ العشرينات كتابات متناثرة عن تطبيق مبادىء التعلم فى علاج الاضطرابات السلوكية ، إلّا أن تأثيرها فى ممارسات الطب النفسى وعلم النفس الإكلينيكى ظل محدودا حتى الستينات حين برز العلاج السلوكى بوصفه منهجا نظاميا شاملا فى العلاج ، وذلك فى ثلاثة مواقع هى :

١ - أعمال جوزيف فولبى فى جوهانسبرج بجنوب أفريقيا ، وقد استخدمت فيها أساسا أساليب بافلوف لإحداث وإزالة العصاب التجريبى فى الحيوان . وقد ظهر منها أسلوب « **التخلص التدريجى من الحساسية** » وهو النموذج الأب للكثير من إجراءات العلاج السلوكى المعاصر فى التعامل مع القلق وفى ضوء منبهات يمكن التعرف عليها فى البيئة .

٢ - أعمال ه. ج أيزنك وم . ب شابيرو فى معهد الطب النفسى بجامعة لندن . وقد اهتما بالمدخل التجريبى الامبيريقى لفهم وعلاج المريض وباستخدام نموذج الحالة الفردية الضابطة لنفسها ونظرية التعلم الحديثة فى عملية العلاج .

٣ - الأعمال المستوحاة من بحوث ب . ف سكينر فى جامعة هارفارد بتطبيق تكنولوجيا « **الاشراط الاجرائى** » على المرضى . وقد نشر ما ورار وماورار عام ١٩٣٨ نتائج تجربتهما فى « **الأشراط الكلاسيكى الاستجابى** » فى علاج التبول اللاارادى (وسوف نعرضها فى مقام تالٍ) . وفى عام ١٩٤٩ نشر سليتر كتابا فى العلاج عن طريق الفعل المنعكس الشرطى . وعلى مر السنين بذلت محاولات عديدة لتصور دور التعلم فى العلاج النفسى ومنها محاولات دولارد وميللر ، وروتر وشويين وباندورا . وقد صاغ لندزلى وسكينر فى أوائل الخمسينات مصطلح « **العلاج السلوكى** » فى محاولاتهما تعديل السلوك الذهانى ، وذلك بالرغم من أن المصطلح قد استخدمه بصورة مستقلة أ.أ. لازاروس وأيزنك بعد ذلك بفترة .

ومنذ ذلك الوقت ، كان التقدم مدهلا وسريعا ، إذ يوجد فى الوقت الحالى مالا يقل عن عشر مجلات علمية متخصصة فى هذا المجال بالاضافة إلى العديد من المراجع واللقاءات العلمية ومعاهد التدريب المتخصصة فى العلاج السلوكى (٥ ، ص ١٣٦٥) .

وإذا كان العلاج السلوكى قد عرف فى الستينات وأوائل السبعينات بأنه تطبيق نظامى لأسس التعلم فى تحليل وعلاج اضطرابات السلوك ، فإنه ينظر اليوم إلى هذا التعريف بأنه ضيق ، لأنه ليست كل أساليب العلاج السلوكى مستمدة من مدارس التعلم . ولكن الأمر الأساسى فى المدخل السلوكى للعلاج هو التأكيد على الأحداث القابلة للملاحظة والمواجهة وبخاصة سلوك المريض أكثر من أن يكون الحالات والمركبات العقلية المستنتجة . وإذا كان ينظر فى المناهج العلاجية التقليدية إلى المشكلات بوصفها مشكلات داخل الشخص ، فإن العلاج السلوكى ينظر إلى السلوك (داخليا وخارجيا) بوصفه نتاج أحداث البيئة ، وبالتالى فإن البيئة هى غالبا العميل ، ومن ثم يكون التركيز غالبا لا على الفرد الذى يعانى من المشكلات ، ولكن على ما يحدث فى بيئة الفرد ، فهى التى تبقى غالبا على المشكلات ، وبالتالى فقد يهدف العلاج إلى إعادة تنظيم المؤسسات التى يرتبط بها الفرد مثل المدرسة والمنزل والمكتب والمصنع بقصد تعديل عواقب سلوكها على الفرد . وتتوسع هذه النظرة فى مفهوم العميل ، فالفرد لا يعالج دائما كما لو كان يتعين عليه أن يتوافق مع الظروف المحيطة به . ويحاول المعالج فهم المريض الفرد ومشكلاته من خلال الربط بين هذه المشكلات (الأعراض) والأحداث القابلة للملاحظة سواء كانت ذات طابع فسيولوجى أو بيئوى . وعلى ذلك ، فإن عملية التحليل السلوكى تمثل خطوة حاسمة فى تصميم البرنامج العلاجى للمريض ، وهو ما سوف نناقشه فى الفصل الثانى .

ويختلف المعالجون أحيانا فى تعريفهم لما أصبح يعرف اليوم بمصطلح « **تعديل السلوك** » behavior modification فبينما يدرج بعضهم تحته كل نماذج وطرق العلاج السلوكى ، نجد أن آخرين ومنهم آلان جولدستين (٧) يقصر استخدام هذا المصطلح على تطبيقات نموذج سكينر الذى يهتم بالسلوك الملاحظ وبالتغيير عن طريق « **التدعيم الإشراطى** » والذى يطبق أكثر ما يطبق فى العلاج الداخلى فى المستشفيات ومؤسسات ضعاف العقول ، بينما يشير مصطلح « **العلاج السلوكى** » إلى تطبيق نموذج بافلوف الذى يهتم أساساً بالتعلم الانفعالى ويطبق أساسا فى العيادات الخارجية فى علاقة علاجية فردية لحالات العصاب .

ويستخدم مكيولاس (١٣ ، ص ٢) مصطلح « **تعديل السلوك** » بوصفه العنوان الأكثر شمولا والذى يشير إلى تطبيق الأسس التى ثبتت فعاليتها تجريبيا على مشكلات السلوك ، وهو يستمد إلى حد كبير هذه الأسس من دراسات—وليس من

نظريات - التعلم والدافعية -، ولكنه لا يقتصر عليها . وحين يستخدم تعديل السلوك فى مواقف إكلينيكية ، فإنه يسمى علاجاً سلوكياً أو علاجاً إشراطياً . وفى السنين الأخيرة ، درج بعض الكتاب على استخدام مصطلح تعديل السلوك للإشارة إلى أى إجراء تقريباً لتعديل السلوك الإنسانى . ولكن ذلك لا يمثل فى تقدير مكيولاس استخداما دقيقا . فتعديل السلوك ليس مثلا غسيلا للمخ أو تحكما فى العقل . ولا تستخدم فى تعديل السلوك الجراحة ، ولكن قد تستخدم أحيانا بعض العقاقير والصدمات الكهربائية بوصفها عوامل مساعدة للاجراءات السلوكية . والخلاصة ، إن تعديل السلوك هو تعلم محدد البنيان يتعلم فيه الفرد مهارات جديدة وسلوكا جديدا ، ويقلل من الاستجابات والعادات غير المرغوبة ، وتزداد فيه دافعية العميل للتغيير المرغوب . ونحن بدورنا سوف نستخدم المصطلحين « العلاج السلوكى » و « تعديل السلوك » بمعنى واحد شامل إلا إذا خصصنا فى السياق معنى ينطبق فقط على واحد من هذين المصطلحين .

الأصول التاريخية وتطوراتها

أعمال بافلوف :

يرجع الباحثون بعامة أول معالجة علمية لدور الاشراط فى المشكلات السلوكية إلى التجارب الأولى لبافلوف (١٨٤٩-١٩٣٦) والتى تبنى فيها النموذج الذى وضعه أب علم الفسيولوجيا الروسى إيفان سيشنوف . ويتمثل منهج بافلوف فى التجربة الكلاسيكية المعروفة فى تدريب الكلاب على إفراز اللعاب (استجابة شرطية) عند سماع صوت شوكة رنانة (منبه شرطى) ، وبعد تكرار سبق صوت الشوكة لتقديم معجون اللحم (منبه غير شرطى) . وقد كان اهتمام بافلوف منذ البداية هو فى التوصل إلى إجراءات تجريبية لاختبار نموذجه الشمولى فى فسيولوجيا الجهاز العصبى بحيث يصلح أساسا لفهم الاضطرابات العصابية . وطبقا لهذا النموذج ، فإن تكوين الأفعال المنعكسة يتأثر بالجوانب البنيوية للكائن العضوى كما يتأثر بظروف البيئة . وكان بافلوف يرى فى استثارة القشرة المخية وفى كفها ، وفى التغيرات الأخرى فى عمليات المخ أحداثا رئيسية تكمن وراء الاضطرابات السلوكية الملحوظة فى بعض الظروف . فمثلا ، وجد أنه يمكن إحداث « عصاب تجريبى » فى

كلاب التجارب عن طريق خلق نوع من الصراع بين العمليتين الرئيسيتين : الاستثارة والكف أو فى زيادة نشاطهما (٧ ، ص ٢٧) . وقد لوحظ أن سوء التوافق فى سلوك حيوانات التجارب يمكن أن ينتج عن زيادة التأخير بين عرض الاشارة وتقديم الطعام ، كما يمكن أن ينتج عن استخدام الاستثارة المركزة أو القيام بأعمال تتزايد فى صعوبة ما تتطلبه من التمييز الشرطى أو الاستمرار فى تغيير المثيرات الموجبة والسالبة فى عمل شرطى . ونظرا لأن كلاب التجارب لم تستجب كلها بصورة متشابهة ، فقد استنتج بافلوف نظريا أن الطابع التكوينى للجهاز العصبى يحدد درجة الاستجابة وتحمل المعاناة . وعلى هذا الأساس فقد افترض طرزا مختلفة من الشخصية لتفسير الفروق الفردية بين الحيوانات فى استجابتها للمثيرات المتصارعة – وقد توسع عدد من زملاء بافلوف فى تطبيق النموذج الشرطى الكلاسيكى أو الاستجابى ليشمل الاضطرابات السيكياترية . ويهتم العاملون بمنهج بافلوف بعامة بالسلوك اللاإرادى الانفعالى المرتبط بوظائف الجهاز العصبى المستقل .

وفى تجارب بافلوف ، إذا لم يتم التدعيم ، فإن الاستجابة الشرطية تضعف وتنطفئ ، كما تنزع المنبهات الشرطية إلى أن تعمم فيمكن أن يستجيب الكلب استجابة شرطية إلى صوت جرس بتردد مختلف . وكذلك فإن طفلا يخاف نتيجة لوقوعه من دراجة قد يعمم هذا الخوف إلى السيارات وغيرها من المركبات ذات العجلات وهذه هى الطريقة التى تنشأ بها المخاوف طبقا لنموذج بافلوف. ولإلغاء استجابة الخوف ، يتطلب الأمر اشراطا مضادا . فيتعين أن تعاد الخبرة بموضوع الخوف (أو التمثيل المتخيل كما سوف نوضح فى عرضنا لطريقة فولبى) مرتبطا بمنبه يحدث اللذة . وهكذا تصبح استجابة إيجابية قوية لا تتفق مع استجابة أصلية سلبية (عصابية) مشروطة لنفس المنبه مما يضعف الاستجابة العصابية – وهذا هو ما يسميه فولبى « **الكف التبادلى** » reciprocal inhibition (أو الاشراط المضاد) .

أعمال ج .ب . واطسون

كان لترجمة كتب بافلوف وبختريف إلى الإنجليزية تأثيره فى تبنى استخدام المنهج السلوكى فى دراسة علم النفس فى الولايات المتحدة الأمريكية . كما كان لكتاب

جون .ب.واطسون : « علم النفس من وجهة نظر سلوكى » (١٩١٩) تأثير هام على النظرية والتجربة فى علم النفس الأمريكى ، وبخاصة التجربة الكلاسيكية التى قام بها واتسون ورااينر ، واستخدما فيها طفلا وليدا « ألبرت » لتوضيح أن المخاوف متعلمة أو شرطية . فى بداية التجربة لم يظهر ألبرت خوفا من فأر أبيض أو أرنب أو كلب أو قرد أو أقنعة ذات شعر وبدون شعر وقطن منفوش ، الخ ... وحين كان عمر ألبرت ١١ شهرا وثلاثة أيام ، قدم له فجأة فأر أبيض ، فبدأ فى الاقتراب منه ، وبمجرد أن لمست يده اليسرى الفأر ، صدر صوت مرتفع من الخلف بواسطة جسم معدنى ، فقفز الطفل بعنف وسقط إلى الأمام مخفيا وجهه فى الفراش ، إلّا أنه لم يبك ، وبمجرد أن لمست يده اليمنى الفأر ، صدر الصوت المرتفع مرة أخرى . ومرة ثانية قفز الطفل بعنف وسقط إلى الأمام وبدأ يرتعش . وبعد أسبوع ، حين قدم الفأر للطفل ، تردد فى الوصول إليه وكان يسحب يده قبل أن يلمس الحيوان . ثم قدم بعد ذلك تنبيه مشترك جمع بين الفأر والصوت ثلاث مرات كان الطفل يسقط فيها فى كل مرة ويبعد رأسه وجسمه عن الحيوان ، ولما قدم الفأر فجأة وحده ، احتقن وجه ألبرت وارتجف جسمه وسحبه بشدة ، وتكرر التنبيه المشترك وظهور الفأر وحده بالتبادل ، وفى هذه الحالة الأخيرة بدأ ألبرت فى البكاء وتحول بحدة إلى اليسار وبدأ يزحف بعيدا عن الفأر . وتكررت نفس الاستجابة بعد خمسة أيام ، كما ظهرت نفس الاستجابة حين قدم كلب بمفرده مرة ثم معطف فراء ، وبعد ٣١ يوما لم يتم فيها اتصال مع الموضوعات السابقة ، أظهر ألبرت نفس استجابات الخوف والتى عممت لتشمل موضوعات أخرى مثل أرنب أبيض وقطن منفوش ، الخ . إلا أن الاستجابة لم تعمم إلى موضوعات تختلف فى مظهرها عن الفأر .

وقد أصبحت أفكار واتسون ورااينر مصدرا للأساليب الرئيسية فى العلاج السلوكى بعد فترة كان التأثير المباشر لها فى التطبيق الاكلينيكى معدوما تقريبا . وقد أوضحت مارى كفر جونز بعد ذلك فعالية هذه الأفكار فى إزالة مخاوف الأطفال وبخاصة من خلال إعادة الاشراط المباشر أو الاشراط المضاد ، والتى يرتبط فيها موضوع مثير للخوف مع موضوع سار. وقد تمت تجربة هذه الطريقة مع الطفل « بيتر » حين كان يعانى وهو فى الثالثة من العمر من خوف من الأرانب ، ففى اليوم الأول من التجربة ، وبينما كان الطفل يأكل ، أمسك راشد بيده أرنبا فى ركن من الحجرة ، فلم يظهر الطفل خوفا . وفى كل يوم كان ينقل الأرنب إلى مسافة أقرب

من بيتر بينما كان يأكل . وقد تعلم الطفل الاسترخاء تدريجيا فى وجود الأرنب . وفى نهاية التجربة لم يتردد فى اللعب معه .

ويلاحظ أن سلوكية واتسون الأولى حاولت أن تختزل كل أفعال الإنسان فى صور فيزيقية تتمثل فى : المنبه — الاستجابة . فإذا لم يمكن اختزال الظاهرة إلى وحدات تتلاءم مع أنبوبة الاختبار ، تصبح الظاهرة ميتافيزيقية وعديمة المعنى . وقد أنكر واتسون وجود الشعور والوعى ورفض التأمل الباطنى (التقرير الذاتى) بوصفه طريقة علمية صادقة ، ورأى أن كل أفعال الإنسان تحددها قوى خارجية . وفى ضوء هذه النظرة ، تعتبر طريقة فولبى فى العلاج غير سلوكية لأنها تعتمد على عمليات داخلية غير ظاهرة ، وتقارير ذاتية من العميل ولا تقتصر على السلوك الذى يمكن ملاحظته مباشرة .

أعمال سكينر :

يؤكد أتباع سكينر بعامة على السلوك الإرادى الإجرائى والذى يتحكم فيه الجهاز العصبى المركزى ، وفيه يصدر الكائن استجابة أو هو يعمل « إجرائياً » على بيئته . وهكذا تتكون الاستجابات التى تؤدى إلى تدعيم إيجابى أو إلى تجنب عواقب أليمة . فمثلا ، فى صندوق سكينر ، قد يقوم الفأر بأشياء كثيرة ، ولكنه حين يضغط على رافعة تسقط قطعة من طعام . وكلما زاد معدل التدعيم ، زاد توتر حدوث الاستجابة الإجرائية (الضغط على الرافعة) ونزول الطعام . وهكذا ، فإن تغير المعدل هو مقياس موضوعى بسيط للتعلم لا يتطلب أى افتراضات عن أنشطة عقلية وسيطة . ولكى ينمى سلوكا أكثر تعقيدا ، فإن القائم بالتجربة « يشكل » shapes السلوك . ويتكون ذلك من تدعيم الاستجابات التى تقرب بنجاح من الاستجابات المرغوبة من قبل القائم بالتجربة . وهكذا ، فإنه حين تصدر عن الكائن استجابات تشبه أو تكون فى وجهة الاستجابة المستهدفة ، يعطى التدعيم إلى أن يتشكل هذا السلوك الجزئى فى التسلسل المرغوب ، وفى الموقف الاكلينيكى ، فإن المعالج بطريقة سكينر يتنبه للسلوك الذى يرغب فى تشجيعه ويدعمه انتقائيا . وبنفس الطريقة قد يدعم سلبيا (يعاقب) السلوك غير المرغوب . فمثلا ، قد يعطى طفل ذهانى قطعة من الحلوى كلما أدى عملا مرغوبا اجتماعيا مثل تمشيط شعر ، أو يعطى صدمة

كهربائية حين يتبول لا إرديا ومن التطبيقات الحديثة لأسس سكينر فى علاج المرضى الذهانيين فى المستشفيات برنامج « الماركات الرمزية » وهو ما سوف نناقشه فى فقرات قادمة .

ويلاحظ أن سكينر يرفض المنطق الفيزيقى المحدود للسلوكيين الأوائل والوظيفيين . وهو يقرر أنه فى علم السلوك لا يجب تجاهل أى محدد للسلوك مهما كانت صعوبة تقديره – وهو يعترف بدور الأحداث الداخلية فى شرح السلوك وبنيته الداخلية ولكنه يتشكك فى مركزية الدور الذى تلعبه الاستجابات الداخلية فى تحديد السلوك . وهذه الاستجابات مثل الأفكار ليست مستقلة بل هى نتاج تاريخ عمومى من التعلم . ويرفض سكينر أيضا الشروح العقلية والإحيائية animistic للسلوك مثل الأنا وقوى النمو الإيجابية وخفض الباعث أو ميكانيزم الباعث الحسى

وهو يرى أن الفرد يسلك داخليا وأن هذه الاستجابات غير الظاهرة قابلة للشرح باستخدام نفس أسس الاستجابات الخارجية الملاحظة ، ونظرا لأن الشخص قد يكون هو الوحيد الذى يتصل بهذه الأحداث الداخلية ، فإنه يقبل التقارير الذاتية عنها ، والوحدة الأساسية للتحليل فى مدرسة سكينر هى الصياغة الثلاثية لشرح أفعال الفرد . فالسلوك الإنسانى (الداخلى أو الخارجى) يتأثر بالأحداث السابقة وبالأحداث التى تلى أفعالا معينة . وهذه الأحداث السابقة واللاحقة قد تكون داخل الشخص أو خارجه ، ولكى نفهم لماذا يقوم الفرد بأفعال معينة يتعين أن نلاحظ بدقة الظروف المحيطة بأفعاله .

وقد أسهمت النظرة البيئية فى أمريكا فى تنشيط التجارب فى دراسة عملية التعلم ، فنشأت نظريات جثرى ، وهل وتولمان . وقد تبلورت هذه البحوث فى أواخر الأربعينات لتقدم أساسا خصبا لسيكولوجية التعلم ولقيام مناهج تعديل السلوك كما تطورت نظرية « المنبه – الاستجابة » (S-R) نتيجة أعمال هل وتلامذته . وقامت على أساس إطار أوسع من النظرية الشرطية الكلاسيكية مدعومة بتصور متقدم لدور البواعث والصراعات وقوة العادة والثواب فى صورة نظرية للتعلم

استعان بها الكثيرون فى تفسير العصاب وفى تخطيط العلاج فى إطار من التعلم . ومنها محاولات دولارد وميللر وفولبى ، وباندورا وروتر وميشيل وماورار وغيرهم . وسوف نشير إلى هذه المحاولات بعد أن نلخص أهم المفاهيم الأساسية التى يستند إليها العلاج السلوكى ، والافتراضات حول الطبيعة الانسانية ونظرية الشخصية .

الإشراط الكلاسيكى

المنبه الذى سبق أن توفرت له إمكانية استثارة استجابة (منبه غير شرطى) يقدم فى تلازم زمنى وثيق مع منبه محايد لا يستثير عادة أى استجابة ، أو يستثير فى بعض الحالات استجابة مختلفة ومع تكرار المزاوجة بين المنبه غير الشرطى والمنبه المحايد ، فإن هذا الأخير يكتسب القدرة على استثارة استجابة شبيهة بتلك التى يستثيرها المنبه غير الشرطى . وعند هذه النقطة ، يسمى منبها شرطيا . وحين تظهر مثل هذه الاستجابة ، فإنها تسمى استجابة شرطية ففى حالة ألبرت ، يشكل الصوت المرتفع منبها غير شرطى . وتتمثل الاستجابة غير الشرطية فى مركب من مكونات ملحوظة من الخوف ، والمنبه الشرطى هو الفأر ، والخوف الجديد المستثار من الفأر يمثل الاستجابة الشرطية .

ومن التطبيقات المبكرة للاشراط الكلاسيكى تجارب ماورار وماورار (١٣ ، ص ٢٩) التى سبقت الاشارة إليها ، ونظرا لأهميتها التاريخية والعلاجية ، فإننا نعرض لها بشيء من التفصيل . ذلك أن التبول اللاإرادى مشكلة قد تؤثر فى أطفال كثيرين فى كل الأعمار . ففى الولايات المتحدة الأمريكية مثلا يقدرنسبة من يعانون من هذه المشكلة فى سن السادسة بعشرة فى المائة . والتبول اللا إرادى فضلا عن كونه مشكلة فإنه يؤدى إلى مشكلات أخرى مثل القلق والشعور بالذنب . ومن الأسباب الممكنة لبعض حالات التبول اللاإرادى صغر طاقة مثانة الطفل وضعف نمو العضلات المرتبطة بها لدرجة تضطر الطفل إلى التبول عددا كبيرا من المرات ليلا ونهارا . ولذلك يتضمن العلاج غالباً تعليم الطفل أن يزيد من طاقة مثانته عن طريق مكافأته خلال النهار للاقلال من عدد مرات التبول ، وقد يكون التبول اللاإرادى فى حالات قليلة بسبب القلق الزائد لدى الطفل . ومن ثم ، فإن الاقلال من قلقه يقلل من التبول اللاإرادى ، ولكن أكثر الطرق شيوعا فى علاج التبول اللاإرادى هو « الجرس والوسادة » أو « جرس الإنذار بالتبول » ، وهو الجهاز الذى ابتكره ماورار

وماورار . وتتلخص فكرته فى أن الدلائل (أو الهاديات) cues الداخلية الصادرة عن المثانة والعضلات المرتبطة بها تكون ضعيفة إلى الحد الذى تعجز معه عن إيقاظ الطفل ليلاً كى يتوجه إلى المرحاض قبل أن يبلل فراشه ، وتستخدم فى العلاج وسادة مصنعة خصيصا بحيث أنها حين تبلل ، ينطلق صوت جرس أو منبه يوقظ الطفل - ويبدأ الطفل فى كف التبول حين ينطلق صوت الجرس . ونظرا لأن زيادة التوتر العضلى (منبه شرطى) يسبق التبول والجرس (منبه غير شرطى) الذى يوقظ الطفل ويكف التبول (استجابة غير شرطية) ومن ثم ، فإنه بفعل الإشراط الكلاسيكى ، فإن التوتر العضلى وحده سوف يوقظ فى النهاية الطفل ويكف التبول ، وهى طريقة سريعة وفعالة نسبيا وتتفق اتفاقا جيدا مع التدريب على زيادة طاقة المثانة ، وكذلك استخدمت بنجاح مع الراشدين الذين يعانون من التبول اللاإرادى . وهناك شروح أخرى لطريقة عمل الجهاز ومنها مثلا أن الطفل يتعلم الاستيقاظ لتجنب سماع صوت الجرس أو المنبه . وقد أدخل آزرين وسنيد وفوكس (١٣ ، ص ٢٩) تحسينات على هذه الطريقة عن طريق إضافة التدريب على التحكم فى الكف ؛ والإثابة على التبول الإرادى ، والتدريب على الاستيقاظ السريع وزيادة تناول السوائل لزيادة معدل الاستجابة والتصحيح الذاتى لما قد يحدث ، الخ . وهم يقررون أنه أمكن إنقاص التبول اللاإرادى بعد ليلة واحدة من التدريب المكثف .

الإشراط الإجرائى :

فى هذا الإجراء يحدث التعلم من خلال تسلسل مختلف من الأحداث . ويتمثل العنصر الأساسى المميز بين الإشراط الكلاسيكى والإشراط الاجرائى فى أنه فى هذا الأخير ، يتبع المنبه غير الشرطى سلوكا سبق تحديده حين يحدث تلقائيا . وهكذا ، فإن تقديم المنبه غير الشرطى يتلازم مع حدوث استجابة . وفى مثل هذا الإجراء ، يسمى المنبه غير الشرطى منبها مدعما أو تدعيما . ومن الأمثلة البسيطة لهذا الإجراء تزايد معدل ضغط الفأر على الرافعة حين يتبع الطعام (تدعيم) بثبات وفوريا ، الضغط على الرافعة .

الإنطفاء :

بعد أن تتكون استجابة شرطية ، فإنها تكون عرضة - إلا تحت ظروف خاصة - للإزالة عن طريق التقديم المتكرر للمنبه الشرطى من غير أن يلازمه المنبه غير

الشرطى أو من خلال الأداء المتكرر للاستجابة دون تدعيم . فالاستمرار فى تعريض ألبرت للفأر دون أن يصاحبه صوت مرتفع ، أو عدم الربط بين تقديم الطعام للفأر وضغط الرافعة سوف يؤدى فى كل حالة إلى انطفاء الاستجابة الشرطية .

الانطفاء غير الظاهر : Covert Extinction

هو الذى يحدث من خلال تخيل صور ، وقد عالج جوتستام وميلين (١٣ ، ص ٣٢) أربع نساء كن يتعاطين الأمفيتامين من ٣ إلى ٥ مرات فى اليوم (١٠٠ - ٢٠٠ مجم) . وقد طلب المعالجان منهن تخيل مواقف تقوم كل واحدة منهن بحقن نفسها وتخيل أنها لا تحس بأى تأثير للعقار . وبعد أسبوع من بدء هذا العلاج (١٠٠ محاولة) وجد نقص فى تأثير العقار حتى بعد الحقن الفعلى . وفى متابعة بعد تسعة شهور انقطعت ثلاث منهن عن تعاطى الأمفيتامين . ويرى مكيولاس أن الأساليب التى تتبعها علاجات أخرى كثيرة مثل التحليل النفسى وعلاج « الصرخة البدائية » primal scream therapy هى فى حقيقتها انطفاء استجابى رغم أنه لا يطلق عليها هذا الاسم ، ومن ذلك تشجيع العميل على أن يحيا ذكرياته الأولى دون حظر من المعالج أو أن يجرى العملاء يتحدث كل منهم عن مشاكله التى تسبب التوتر فى جسمه ، والجماعات الثنائية من عميلين يحدث كل منهما الآخر عن مشاكله ، وبعض صور التأمل ، الخ .

التعميم :

حين تشرط استجابة لمنبه شرطى معين ، فإن منبهات مشابهة للمنبه الشرطى سوف يكون لها القدرة على استثارة الاستجابة الشرطية . ويطلق على هذه الظاهرة مصطلح « تعميم المنبه » . وتختلف قوة الاستجابة طبقا للتشابه بين المنبه المعمم والمنبه الشرطى . فكلما قل التشابه كلما زادت قوة الاستجابة ضعفا . وقد تحققت تجريبيا إمكانية ظاهرة التعميم فى كل صور التعلم بما فى ذلك الاستجابات الانفعالية الشرطية والتعلم الحركى والتعلم اللفظى . ففى إحدى تجارب التعلم السيمانتيقى (٧ ، ص ٢١٥) كانت تقدم للأفراد قائمة من الكلمات ، إلّا أن كلمة واحدة فقط هى « بقرة » كانت تتبعها صدمة كهربائية . وقد أوضحت التجربة عن طريق قياس معدل نبض القلب أنه بعد الاشراط ، فإن الكلمات « الريفية » الأخرى فى القائمة

مثل الجرار والمحراث ، الخ . استثارت أيضا نفس الاستجابة الإشراطية بعكس الكلمات غير الريفية . وكذلك تتجُنب المنبهات التى تشرط لمنبهات غير شرطية وغير سارة أو مؤلمة . وتقدم مثل هذه التجارب فى تقدير جولدستين تعريفا إجرائياً لمفهوم « الكبت » يسمح بدراسة أبعاده . وحين يطبق إجراء الانطفاء على منبه معمم ، فإن الإنطفاء يحدث بسرعة أكبر من الانطفاء لمنبه شرطى . وكلما بعد المنبه عن مدرج التعميم ، أى كلما زاد عدم تشابهه مع المنبه الشرطى الأصلى كلما زادت سرعة الانطفاء . فإذا أعاد القائم بالتجربة — بعد انطفاء الاستجابة لمنبه معمم — تقديم المنبه الشرطى الأصلى ، فإنه سوف يجد أن الاستجابة الشرطية قد ضعفت . وتسمى هذه الظاهرة « تعميم الانطفاء » وهى ذات أهمية كبيرة فى الأساليب الإكلينيكية المستخدمة فى إطفاء السلوك العصابى .

الافتراضات حول الطبيعة الإنسانية :

يرى هولاندر وكازاوكى (٨) أن كثيرين يخطئون فى اعتقادهم أن السلوكية تختزل السلوك الإنسانى إلى مجرد استجابات شرطية لمؤثرات خارجية . فالإنسان قادر على تقويم العائد والتكلفة لأداء سلوك معين فى ظروف مستقبلية ، وأن يؤجل الفعل بناء على تقديم معرفى لعواقب عاجلة أو آجلة ، وهو نوع من الاستبصار . ونحن نؤثر فى الحياة كما نتأثر بها . ولا تعارض فى النظرية السلوكية بين « الحتمية » و « الحرية » فى السلوك . فالحرية ليست غياب الضوابط أو القيود الخارجية ، ولكنها تعنى توفر جوانب الضبط الذاتى للسلوك الإنسانى . ولدى الناس قدر من الحرية للفعل حتى إذا كان الضبط الذاتى نفسه يتحدد بظروف خارجية مسبقة . ولا تعارض فى تقدير هولاندر وكازاوكى بين النظرية السلوكية والنظرية الإنسانية . وهو رأى يتفق مع مفهوم ثوريسين فى « الإنسانية السلوكية » وسوف نعود إلى مناقشته فى الفصل الثانى عشر .

نظرية الشخصية :

الشخصية فى الإطار السلوكى هى تجريد يقوم على أساس استنتاجات من عينات ملحوظة من السلوك فى مواقف الحياة المختلفة . ولا يمكن فهم الشخصية الفردية بعيداً عن أنماط استجابات الفرد والتفاعل بينها وبين العواقب البيئية . ويمكن

فهم الشخصية فى ضوء مهارات العلاقات الشخصية والمؤثرات البيئية وتاريخ التعلم الاجتماعى السابق . وليس من الضرورى افتراض ديناميات كامنة مثل الدفاعات والبواعث أو السمات لفهم الشخصية . ويصعب فى ضوء النظرية السلوكية وصف الشخص بأن لديه سمة العدوان مثلا ، بمعنى أن هذه السمة تظهر فى كل المواقف أو أنه اكتئابى ، والتقييم السلوكى الدقيق هو الذى يكشف عن الظروف المحددة التى تحدث فيها هذه الخصائص للشخصية وتلك التى لا تحدث فيها . ولكن ذلك لا يعنى انكار وجود اتساق فى السلوك ، إلّا أن هذا الإنسان ينظر إليه بوصفه نتاج تواريخ تعلم معينة .

وقد بذلت محاولات لبناء نظرية شاملة فى الشخصية فى إطار المدرسة السلوكية ونظريات التعلم - وسوف نكتفى بالإشارة إلى بعض هذه المحاولات .

(١) دولارد وميللر :

حاول دولارد وميللر فى كتابهما « الشخصية والعلاج النفسى » الربط بين نظرية التعلم ونظرية التحليل النفسى ، وقد تمسكا بمفاهيم فرويد الأساسية مثل « النشوء السيكو - جنسى » والبواعث الفطرية والميكانيزمات الدفاعية ، ولكن تفسيرهما لهذه المفاهيم اعتمد أساسا على مفاهيم نظرية التعلم فى الارتباط بين المنبه والاستجابة . فمثلا ، ينظر إلى القلق بوصفه باعثا شرطيا أو متعلما ، والكبت بوصفه دفاعا يوصف بأنه استجابة نشطة لتجنب التفكير فيما يثير القلق باستخدام التشتيت المعرفى والاستراتيجيات المحرفة . والطرح هو حالة خاصة من تعميم الاستجابة تحدث حين يستجيب الفرد باستجابة مشابهة لشخص معاصر أو لشخص مشابه سابق . وقد تعمم الاتجاهات والاستجابات نحو الوالدين إلى المدرسين والأصدقاء والقرين بسبب تشابه خصائص المنبه . وقد رفض دولارد وميللر فكرة فرويد عن الارتباط الرمزى بين الوالدين والمدرسين مثلا وقدرا أن التشابه فى ملامح المنبه الظاهر بين هاتين الفئتين والمكانة الاجتماعية التى ينسبهما المجتمع لهما كافية لشرح ظاهرة التوحد - ولم يقبل دولارد وميللر النظر إلى الصراع بوصفه معركة بين الهو والأنا والأنا الأعلى ونظرا إلى الصراع بوصفه نتاجا للسعى المتبادل وراء أهداف مائعة تتساوى أو تتقارب فى قوتها والحاجة إلى القيام باختيار جبرى . وقد صنفا الصراع إلى أنواع معينة طبقا لما إذا كانت الأهداف تستثير تقاربا أم تجنبا .

(٢) فولبى :

ركز فولبى على دراسة الشخصية العصابية وافترض أن العصاب هو عادة متعلمة تتسم بالمثابرة من الاستجابة بقلق لا عقلانى لمواقف لا تشكل خطرا أو تهديدا حقيقيين . ويحدث هذا التعلم من خلال إشراط كلاسيكى ، إذ يحدث منبه محايد أصلا فى ارتباط زمنى بموقف قلق متطرف . ومن خلال التعلم الارتباطى يكتسب المنبه المحايد الخصائص التى تثير الخوف . وتسمى النتيجة خوفا شرطيا . ويحدث بعد ذلك تجنب متعلم . ويحاول الفرد تجنب المنبه المتعلم المثير للخوف سواء كان فيزيقيا أو متخيلا . ويمنح التجنب المتعلم الفرصة لمواجهة الخوف المتعلم لإزالة الحساسية نحوه . ويعالج السلوكيون حالات كثيرة لمخاوف هى نتيجة خوف شرطى من منبهات محايدة أو سارة أصلا مثل الماء والكبارى والظلام والمنزل والنوم والجمهور والتى تكونت نتيجة ارتباط زمنى بأحداث صدمية .

(٣) باندورا وروتر وميشيل :

اهتم هؤلاء الثلاثة اهتماما كبيراً بالمعرفيات السلوكية فى دراستهم للشخصية ، واهتماما أقل بدور التدعيم فى نظرياتهم ، ويرى باندورا أن الشخصية هى أساساً نتاج النمذجة والتقليد فالناس يتأثرون بما يلاحظونه بطرق مختارة . وقد درس باندورا فى بحوث مستفيضة وشاملة خصائص النموذج وإدراكه وعواقب ملاحظته تحت ظروف أداء مختلفة ، وخلص إلى أن النماذج ذات المكانة العالية والتى تدرك بوصفها حانية يغلب أن تقلد .

ويتوقف السلوك الذى يقلد على العواقب الملحوظة للنموذج . فمثلا ، إذا لاحظ طفل زميلا له فى الدراسة أكبر سنا وأكثر احتراما ، ينخرط فى أعمال عدوانية ويعاقب عليها بشدة ، فإن الفرصة تكون قليلة لتقليد هذا النموذج . وكذلك وجد باندورا أن الاتجاهات والتوقعات وحتى الاستجابات الانفعالية يمكن تعلمها دون حاجة إلى أن يخبر الملاحظ أى عواقب مباشرة . وهكذا يسهل فهم كيف تنشأ لدى الطفل مخاوف مرضية إذا كان أبوه يعانى منها من غير حاجة حتى إلى خبرة العواقب ذاتها .

أما روتر فإنه اهتم بالبيئة ذات المعنى أو ذات الدلالة ، بوصفها المفهوم الأساسى فى نظريته فى الشخصية فالفرد لا يتأثر بالبيئة كما هى ولكن بالبيئة كما يدركها إدراكا فريدا . وكذلك افترض روتر أن حدوث السلوك ليس وظيفة فقط لطبيعة التدعيم ولكنه أيضا وظيفة الاحتمال المتوقع بناتج ناجح . فمثلا ، تتوقف مطالبة موظف بعلاوة على توقعه النجاح فى تحقيق مطلبه بنفس قدر الرغبة فى التدعيم . فإذا كان هدف الحصول على العلاوة مهماً جداً بينما كان توقع الحصول عليها منخفضا جدا ، فإن الموظف يغلب أن يقرر عدم بذل المجهود وعدم تقديم الطلب .

وطبقا لميشيل ، فإن الأفراد يختلفون فى قدراتهم على امتصاص المعلومات من المصادر المختلفة . وحين تمتص المعلومة ، ترمز ويصبح الحدث الملحوظ ذا معنى . وقد درس ميشيل متغيرات أخرى للشخصية ومنها القيمة المدركة للهدف والنتيجة المتوقعة والقدرة الذاتية التنظيمية .

ويلاحظ أن منهج التعلم الاجتماعى فى السلوكية المعاصرة لا يتصور السلوك فى ضوء ثلاثية سكينر ولا يستخدم السمات والدوافع والبواعث التى يستخدمها السلوكيون التقليديون ، ولا يرفض دلالة العمليات والأحداث الداخلية ، ومن وجهة نظر التعلم الاجتماعى ينظر إلى أفعال الفرد على أنها تنتظم عن طريق ثلاث عمليات رئيسية هى : ضبط المنبه ، والضبط الداخلى الرمزى ، وضبط الناتج . وتشكل استجابات الشخص الرمزية غير الظاهرة محورا رئيسيا فى نظرية التعلم الاجتماعى . كما يميز بين اكتساب السلوك (تعلم) وبين أدائه – وتلعب العملية الرمزية الحسية الدور الرئيسى فى تعلم السلوك الجديد بينما تحدد عوامل التدعيم الخارجية (العواقب أو النتاج) ما إذا كان التعلم يمارس بعد ذلك فى الأداء . وينظر إلى التدعيم بوصفه أساسا إمدادا بالمعلومات وحافزا . ويمكن للفرد أن يتعلم دون أداء ظاهر ودون تدعيم مباشر . وينظر السلوكيون الاجتماعيون إلى الفرد بوصفه كائنا ديناميا متغيرا وليس مجرد فرد سلبى يستجيب استجابات دائمة – وتتأثر الأفعال الداخلية والخارجية لكل شخص بالخبرات المعينة الحاضرة ، والسلوكية المعاصرة أبعد من سيكولوجية سكينر باهتماماتها الفيزيقية وأبعد بكثير من السلوكية التقليدية التى تهتم بخفض الباعث وتجارب الحيوان . ويلخص ثوريسين (١٨) بعض الخصائص الرئيسية للسلوكية الراديكالية المعاصرة ولمناهج التعلم الاجتماعى فيما يلى :

(١) نظرة موحدة للفرد ونبذ لثنائية نظرية العقل –الجسم .

(٢) اعتقاد بأن الأحداث العامة أو الملاحظة تتشابه وظيفيا مع الأحداث الخصوصية أو غير الظاهرة وأن النوعين من الأحداث يتأثران بنفس عمليات وأسس التعلم .

(٣) اعتقاد بأن السلوك يتحدد أساسا بالبيئة المباشرة بما فيها البيئة الداخلية للفرد .

(٤) استخدام الطرق العلمية التى تهتم بالملاحظة المنظمة وضبط السلوك بما فى ذلك الملاحظة الذاتية والضبط الذاتى .

(٥) نبذ الشروح الداخلية « العقلية » للسلوك .

(٦) نبذ استخدام العناوين المبنية على أساس « السمة – الحالة » مثل : « انطوائى » لوصف الشخص ، وذلك على أساس الاعتقاد بأن الفرد يوصف أحسن ما يوصف ويفهم أحسن ما يفهم عن طريق دراسة ما يفعله فى المواقف المعينة .

نظرية أيزنك فى الشخصية :

قام أيزنك بجهد كبير فى محاولة تعريف عوامل الشخصية من خلال التحليل العاملى لسمات مثل : القهرية ، الاجتماعية ، الاستجابية ، الاكتئاب والجمود . وقد استخلص مفاهيم من الدرجة الثانية هى : الانطواء – الانبساط (E) ، والعصابية (N) ، وهو يرى أن العصابية تشير إلى ميل إلى سلوك عصابى ولكنها لا تتماثل معه ، بحيث أن شخصا مرتفعا فى الدرجة على العصابية ولكنه قد لا يقوم بسلوك عصابى إذا لم يكن قد واجه معاناة فى حياته . ويرى أيزنك أن عوامل (E) ، (N) ترتبط بالتصنيف السيكياترى بالصورة التالية : يغلب أن تتميز اضطرابات الوهن والاكتئاب dysthymic بارتفاع الدرجات على (N) وانخفاضها على (E) (الانطوائى العصابى) ، ويغلب أن يتميز السيكوباتى وأنواع معينة من المجرمين بارتفاع الدرجات على كل من (N) ,(E) (الانبساطى العصابى) ، وترتفع درجات الهستيرى على (N) وتكون متوسطة على (E) . وتقوم هذه العلاقة على أساس فروق تكوينية ، ومن ثم فإن كلا من (E) ,(N) يعتبر خصائص شبه دائمة للفرد . وتوضح دراسة تتبعية قام بها بيرت (ف ٧ ، ص ٢١٤) هذه العلاقات – فقد قدر المدرسون ٧٦٣ طفلا على كل من (N) ,(E) وقد وجد أن ١٥٪ منهم أصبحوا من معتادى العدوان ، ١٨٪ من العصابيين ، وفى متابعة بعد ثلاثين عاما ، وجد أن ٦٣٪ من أفراد الفئة الأولى قدروا بدرجات مرتفعة على (N) ، ٥٤٪ على (E) ، ولكن ٣٪ فقط كانوا قد حصلوا على

درجات مرتفعة على (I) (الانطواء) . ولكن من العصابيين حصل ٥٩٪ على تقديرات مرتفعة على (N)، ٤٤٪ على تقديرات مرتفعة على (I) ولكن ١٪ فقط حصل على درجات مرتفعة على (E) .

ويستند كل من (N), (E) إلى بنيان فسيولوجي يمكن تعيينه ، فالسلوك العصابي والانبساطي هما نتاج التفاعل بين الخبرة والاستجابات الفردية التي تعمل هذه الأبنية الفسيولوجية بوصفها مجالا وسيطا لها .

وطبقا لنظرية أيزنك فإن الفروق الفردية في عتبات تنبيه الدماغ الحشوي هي المسئولة عن الفروق في (N-E) . فالذين ترتفع درجاتهم على (N) يكون لديهم جهاز مستقل أسهل استثارة مع نزعة إلى بطء في انطفاء هذه الاستثارة . ويتميز الانطوائيون بحالة مرتفعة من الاستثارة القشرية والانبساطيون بحالة منخفضة . وتؤدى هذه الحالات إلى ارتفاع الاستثارة وانخفاض الكف في الانطوائيين وإلى انخفاض الاستثارة وارتفاع الكف في الانبساطيين (يؤدى الكحول إلى انخفاض النشاط القشرى ولكنه يقلل من كف السلوك) . (٧ ، ص ٢١٥) .

أعمال ماورار :

لا يتفق ماورار (١٤) مع التفكير الفرويدى السائد ، فالعصابي في نظر ماورار لا يسلك مسلكا غير مسئول لأنه مريض ، ولكنه مريض ويشعر شعورا سيئا لأنه يسلك مسلكا سيئا غير مسئول . أى أن مشكلة الفرد « المريض » لا تكمن في انفعالاته ولكن في سلوكه ، ويفترض ذلك أن السيكوباثولوجيا تتضمن ذنبا حقيقيا يتولد عن أفعال يقوم بها الفرد ولا تقرها جماعته المرجعية ويخشى أن تكتشف . والإنسان لديه القدرة على الاختيار ، فإذا اختار السلوك السيىء ، فإنه يملك أن يختار بين أن يخفى ذلك أو يكشف عنه . ومن الواضح أن الإنسان لا يستطيع اختيار انفعالاته أو ضبطها مباشرة أو إرادياً . فإذا توفر المنبه الشرطى المناسب ، فإن هذه الانفعالات تحدث أوتوماتيكيا وعن طريق الفعل المنعكس ، وعلى ذلك فإن موضوع الضبط والاختيار يكون فقط على مستوى السلوك الإرادى الظاهر . وجوهر العلاج السلوكى في نظر ماورار هو في تغيير السلوك الذى أدى بالفرد أصلا إلى المتاعب وتغيير ما كان يفعله الفرد منذ ذلك الوقت للتخلص من متاعبه أو أعراضه ،

ويتشكك البعض فى مفهوم الاختيار أو الإرادة حتى بالنسبة للسلوك الظاهر أو الأدائى ، وذلك فى ضوء سيكولوجية المنبه – الاستجابة ، والتى تفترض أن منبها معينا يتعين أن يستجيب له الكائن باستجابة وهى التى يحدث أن تكون الاستجابة الشرطية المباشرة أو المرتبطة بالمنبه . ولكن ماورار نتيجة أدلة تجمعت لديه يؤكد أن المنبه لا يستثير أو يسبب استجابة سلوكية بالأسلوب المتضمن فى النظرة الارتباطية بين المنبه والاستجابة أو الفعل المنعكس . وقد يوحى منبه (أو يقدم الصورة أو الذاكرة) باستجابة معينة ، ولكن واقع أن المنبه موجود لا يعنى أبدا أن الفرد يتعين أو « يرغم » على إحداث استجابة معينة أو إحداث أى استجابة على الإطلاق ، فذلك يتوقف على آمال ومخاوف تتحدد بخبرات الفرد الكلية ومعارفه وأهدافه أى باختصار بخلقه .

ويخلص ماورار من ذلك إلى ان النموذج الانعكاسى – الارتباطى الذى افترضه بافلوف وواتسون وثورنديك نموذج ناقص لا يتطابق مع الواقع الذى يفترض أن يمثله ، ويتعين إقامة نموذج يعترف على الأقل بواقع العمليات الوسيطة و « العادات » ذات المستوى الأعلى . ويقرر ماورار أن الانعكاسيين الروس يتحدثون عن « نظام الإشارة الثانى » والذى يجعل من الممكن الموازنة المقصودة بين الإمكانيات والبدائل ، وتقدم هذه النظرة الحل للصراع بين « الحتمية » **determinism** و « الغرضية » **teleology** بل إنه فى ضوء هذه النظرة يكون من الأفضل استخدام مصطلح إريكسون « أزمة الهوية » **identity crisis** بدلا من العصاب والذهان ، ذلك أن الفرد يختار سلوكا اجتماعيا غير مقبول ثم يخفيه أو ينكره ، أى أنه يرفض أن يعلن هويته أو ينكرها عن الآخرين . وإذا استمر ذلك فسوف يأتى اليوم الذى لن نستطيع أن نعرف أنفسنا ، وهذه هى حالة اللاوجود السيكولوجى أو القلق (أو الفراغ الوجودى أو اللامعنى بلغة فرانكل) ، وهو ما نسميه العصاب أو الذهان . ويرى ماورار أنه من الأفضل التحدث عن الأعراض بوصفها « دفاعات » لا ضد الخوف من عودة دفعات الجنس والعدوانية كما افترض فرويد ، ولكن ضد خطر معرفة الآخرين بالذنوب السرية ، وضد الخبرة الذاتية بانفعال الذنب من جانب الفرد نفسه . ويخلص ماورار من ذلك إلى أنه لا توجد إمكانية لعلاج نفسى ناجح للعصاب إذا كان خصوصيا ، لأن الخصوصية والسرية والتغطية هى جوهر المرض . وهو يرى أن العلاج الناجح والعقلانى هو العلاج السلوكى الذى يتضمن اعترافا بدلا من

الإنكار ، للآخرين الهامين فى حياة الفرد بما هو حقيقة ، وإصلاح الانحرافات والأخطاء السابقة . ولا يستبعد ماورار احتمال أن ترجع فائدة التداعى الحر فى التحليل النفسى إلى أنه قد يكون نوعا من الاعتراف وبداية الانفتاح الذى قد يمتد إلى أشخاص آخرين هامين فى حياة المريض ، وليس إلى أنه يقدم المعلومات اللازمة للعلاج كما يرى أنصار التحليل النفسى .

ويرى ماورار أن نجاح طريقة فولبى فى العلاج يمكن تفسيره على أسس أخرى غير ما يفترضه . ويذكر مثالا لذلك حالة مستر « س » التى عالجها فولبى . وكان مستر « س » يعانى من عنة جنسية . وقد ضاق ذرعا بطول مدة العلاج التحليلى . وقد استدل فولبى على نجاح طريقته فى العلاج بأن المريض استعاد قدرته الجنسية مع فتاته حين تزوجها . ولكن ماورار يقدر أن ذلك دليل على أن مستر (س) قد تحرر من شعور الذنب الذى كان يعطل قدرته الجنسية . ولكن هذا الدليل غير كاف لأن مستر (س) كان أيضا غير ناجح جنسيا مع زوجة سابقة اضطر إلى الطلاق منها .. وفى تقدير ماورار فإن ما يسميه فولبى نجاحا علاجيا قد لا يكون أكثر من اختفاء أعراض معينة على حساب انهيار فى الخلق . وقد ذكر شيكل حالة بائع متجول كان يعانى من عنة جنسية مع كل النساء عدا زوجته ، فهل كان من الممكن تسمية إزالة « العرض فى هذه الحالة نجاحا علاجياً ونصرا خلقيا ؟ » ويرى ماورار أنه لا جديد فى أعمال فولبى وأيزنك فإزالة الحساسية ليس أكثر من مجرد اسم آخر للانطفاء و « الاشراط التنفيرى » كما يستخدم فى علاج الكحولية هو صورة من صور الاشراط المضاد .

العناصر المشتركة فى العلاج السلوكى وتعديل السلوك

١ – يطبق العلاج السلوكى وطرق تعديل السلوك اليوم فى عدد من المجالات أكبر مما تطبق به معظم الطرق العلاجية الأخرى . ويرجع ذلك إلى افتراض أن معظم أفعال البشر ، سوية أو لا سوية ، هى سلوك متعلم ، ومن ثم يمكن تعديلها باستخدام أسس التعلم إذا توفرت الظروف الملائمة للتغيير . أى أن طبيعة المشكلة لن تضيق من نطاق استخدام هذا المنهج ، ولكنها تؤثر فى اختيار الطريقة المعينة للعلاج . فمثلا ، تعتبر عادات المذاكرة والسلوك المشاغب فى الفصل ، والقلق والتحدث بألفاظ خلطية .. تعتبر كلها سلوكا

قابلاً للتغيير . إلّا أنه بالنسبة لكل مشكلة ، يتعين على المعالج أن يختار طرقا مختلفة بعد التأكد من الظروف التى يقع فيها السلوك ، وتأثير هذا السلوك على بيئة المريض وعلى نفسه ، والمصادر المتوفرة لدى الاكلينيكى لتغيير السلوك ، وهى كلها عمليات تربوية تشمل إعادة تنظيم بنية العميل أو تدريبه تدريبا مقصودا على إعطاء استجابات جديدة أو تغيير ذخيرته من عمليات الضبط اللفظى أو تغيير دوافعه . وفى كل الحالات ، فإن التدخل العلاجى يهدف إلى تيسير التعلم الجديد .

٢ – تنطبق نفس مفاهيم التعلم المستخدمة فى تفسير السلوك السوى على السلوك الذى يصنف بأنه لا سوى . والفرق الوحيد يرتبط بمضمون التعلم وليس بعملية التعلم . فالسلوك اللاسوى هو الفشل فى تعلم مهارات التعامل مع البيئة أو تعلم السلوك غير المناسب .

٣ – السلوك المشكل قد يكون : (أ) تزيدا مثل الطقوس القهرية ، الاستعراء ، الهلاوس ، ومعظم الأفراد يخبرون بعض صور السلوك المشكل ولكن بتواتر منخفض لا يتطلب تدخلا علاجيا . ومن أمثلته الأفكار الاكتئابية وغير العادية واستجابات القلق ، المخاوف والأفعال غير المقبولة اجتماعيا . (ب) القصور السلوكى مثل فشل الطفل فى تعلم تناول الطعام والعادات الإخراجية والكلام واللعب التعاونى والانتظام فى المدرسة . ولدى الكبار : العجز الجنسى ونقص تأكيد الذات والانزواء والعجز عن الحياة المستقلة أو الزواج والتعطل ، الخ .. (ج) السلوك فى ظروف غير مرغوبة أو غير واقعية أو غير قانونية أو خطرة ، كأن يحادث الشخص نفسه أو يخلع ملابسه علنا أو يطلب الحب ممن لا يستطيعون تقديمه أو لا يرغبون فى تقديمه .

٤ – كل السلوك الإنسانى سواء كان مشكلا أو غير مشكل يقع فى سياق مقدمات وعواقب بيئوية – والمقدمات هى التى تهيىء الفرصة لوقوع استجابات معينة . ولأن العواقب تخدم غرض تقوية أو إضعاف الاستجابات المؤداة أو الاحتفاظ بها ، فإن الكشف عنها يتطلب دراسة العوامل الموجودة باستمرار فى كل مرة يحدث فيها السلوك . فمثلا : قد يكشف التحليل السلوكى لحالة عميل يعانى من قلق وكف اجتماعى فى الحفلات الاجتماعية عن أنه كان يخشى أن تطلب امرأة جذابة مراقصته ، وهو لم يتعلم الرقص

الاجتماعى ، ولذلك فإنه كان دائما يرتب الأمور بحيث يتفادى تواجده وحيدا مع امرأة فى حفلة . وقد تطلب العلاج مساعدته على التخلص من الحساسية والتدريب على التأكيد الذاتى للتغلب على الشعور بالخجل وعلى التقويم السلبى للذات .

٥ – من المهم تقويم العواقب وما يحققه السلوك المشكل من ثواب فمثلا ، قد تؤدى الأجورافوبيا لدى زوجة إلى زيادة اهتمام الزوج بها واستخدامه لخادمة . وحينئذ قد يكون العلاج هو التخلص من الحساسية مع تدريب الزوج على سحب تدعيمه للفوبيا وطرد الخادمة .

٦ – ويعترض البعض على النظر إلى الاضطرابات العصابية فى إطار التعلم على أساس أن بعض التعاريف تبالغ فى التبسيط ومنها مثلا تعريف أيزنك للأعراض العصابية بوصفها مجرد عادات متعلمة ، فليس هناك عصاب يكمن وراء الأعراض ، ولكنها مجرد الأعراض ذاتها ، والتخلص منها يزيل العصاب . ولا توجد حاجة إلى حل أحداث الماضى أو افتراض صراعات لا شعورية حيث أن كل أنماط الاستجابة المطلوبة والمنبهات المثيرة لها هى فى الحاضر ، ويكفى تناول الاستجابات الحاضرة للحصول على نتائج علاجية دائمة . ويحرص آلان جولدستين (٧) على توضيح أن ذلك لا يعنى أنه إذا شكا مريض من الأجورا فوبيا مثلا ، فإنه يعرّض فورا وبصورة آلية إلى إزالة الحساسية فى ضوء هيراركية . ذلك أنه يحتمل أن يكون الخوف موضوع الشكوى ثانوياً لصراع زواجى أو لخوف من « فقدان الضبط » أو لعوامل أخرى عديدة غير ظاهرة فوريا . وقد يكون الخوف عَرضًا من حيث أنه إشارة إلى أن شيئا آخر مضطرب ولكنه ليس عَرضًا لعملية تشبه المرض تتسرب وراء السطح مستقلة عن الظروف الحاضرة .. وبينما قد تكون الاستجابات غير المتوائمة الحاضرة استجابات معمة من خبرات تعلم سابقة ، إلّا أن الجانب المهم هو أنها استجابات حاضرة لمواقف حاضرة ، وأن هذا السلوك الحاضر هو ما يتعين أن يعالج وأن يتغير .

٧ – هناك **أربعة نماذج أساسية للتعلم** تكون أسس العلاج السلوكى ، وهى : (٩) :

(أ) نموذج الاشراط الكلاسيكى Classical Conditioning Model ، وهو يركز على تبديل المنبهات القديمة بمنبهات تستثير سلوكا جديدا ، أو إلحاق منبهات جديدة إلى استجابات متوفرة سابقا .

(ب) نموذج الاشراط الاجرائى : Operant Conditioning Model وهو يركز على دور عواقب معينة (تدعيمات) فى تغيير قوة استجابة سابقة . ويتحقق تعديل السلوك إما عن طريق تغيير مباشر فى عواقب السلوك أو عن طريق أساليب إضافية تخضع السلوك لضبط منبهات سبق أن خبرها العميل مرتبطة بعواقب تدعيمية معينة (منبهات تمييزية) .

(ج) نموذج التعلم عن طريق الملاحظة : The Observational Learning Model وهو يستخدم أساليب تيسر التعلم عن طريق التدرب على سلوك جديد بعد ملاحظة أدائه بواسطة أشخاص آخرين .

(د) نموذج التنظيم الذاتى : Self-Regulation Model ، أى الطرق التى يمكن أن يغير الفرد بها سلوكه هو ذاته بحيث يتواءم مع بعض معايير سبق له أن حددها لنفسه ، وعادة فى مواقف تحدث فيها صراعات قوية .

٨ – يمكن الجمع بين هذه النماذج المختلفة لمواجهة مطالب علاج مشكلة معينة ، كما يمكن استخدامها فى تسلسل لمهاجمة جوانب السلوك الذى يكون مشكلات الفرد . وهذه سمة مميزة فى تقدير كانفر لمدارس تعديل السلوك ، تتضمن أن هذا التعديل لا يجب توقعه مثلا بمجرد زيادة الاستبصار أو بعد تفريغ انفعالى ، أو نتيجة تقوية نزعة فطرية للنمو فى الكائن الانسانى تسعى إلى تحقيق إمكانيات كامنة أو إلى توجيه الشخص نحو السلوك « الصحيح » إذا أزيل الكف أو إذا تخلص الفرد من الصراعات الانفعالية .

٩ – تركز نماذج التعلم على السلوك ، أى أن مضمونها هو نشاط الشخص فى علاقته ببيئته . وهى تؤكد على أهمية وصف الأحداث الامبيريقية بلغة تفصل بدقة بين السلوك وبين كل من المركبات – النظرية والاستنتاجات عن دلالة

أو معنى هذه الأحداث للفرد الذى يقوم بهذا السلوك . وهكذا ، فإن غرض التدخل الاكلينيكى يكون دائما هو تغيير مجموعة من الأحداث السلوكية . والعلاج لا يهدف إلى إزالة الدفاعات أو الصراعات اللا شعورية أو تغيير سمات الشخصية ، حيث يفترض أن هذه المفاهيم ليست عرضة للمعالجة المباشرة ، وأن إدخال هذه المفاهيم فى الصياغة النظرية لن يضيف معرفة جديدة عن الشخص أبعد من الملاحظات الحقيقية التى استنتجت منها . وهذه المركبات لا تساعد فى تقويم العلاج ، حيث إن المحك النهائى يجب أن يكون المقارنة بين السلوك المعين الذى ترتبط به هذه المركبات قبل وبعد العلاج . ولهذا الجانب فى العلاج السلوكى تطبيقات هامة جدا فى خطط المعالج ، فهو دائما يسعى إلى تحديد الوسائل المتاحة للحصول على استجابات معينة ، وهو يحاول دائما تحديد السلوك المعين المتضمن فى الشكوى الغامضة للعميل . فهو لا يكتفى مثلا بشكوى المريض من أنه يعانى من الاكتئاب ، أو شكوى الأم من عدوانية طفلها ، ولكنه يحاول تحديد جوانب السلوك المعين الذى تشير إليه الشكوى والظروف التى يقع فيها السلوك .

١٠ – يهتم المعالج بالجوانب الكمية فى البيانات ابتداء من البيانات التى يسجلها قبل بدء العلاج ، فهى تخدم محكا لتقويم التقدم العلاجى ولتحديد درجة صحة تعريف المشكلة وفعالية استراتيجية العلاج . كما أن هذه البيانات الكمية تقدم للعميل لدعم تقدمه ، ولكن أهم وظيفة لهذه البيانات الكمية هى تذكير المعالج دائما بأن جهوده العلاجية يتعين أن تتركز حول السلوك وأن تكون براجماتية ، فلا يكتفى بتعبيرات المريض عن مشاعره الشخصية ، لأنها ليست دليلا على فعالية العلاج .

١١ – ينظر نموذج التعلم إلى كل أنواع السلوك على أنها تعمل طبقا لأسس سيكولوجية واحدة ، بعكس المدارس الدينامية مثلا التى تميز بين قوانين التعلم التى يمكن تطبيقها على اكتساب المعرفة وبين قوانين تكامل الشخصية التى تطبق على أنماط السلوك الاجتماعى والانفعالى وعلى العلاقات بين الأشخاص ، وهى على هذا الأساس تميز غالبا بين سيكولوجية الأنا التى تعالج الجوانب الشعورية والمعرفية من السلوك ، وسيكولوجية العمق التى تعالج اللاشعور والسلوك الوجدانى والدافعية .

١٢ - تشارك معظم مدارس العلاج السلوكى فى أن اهتمامها يتركز على السلوك الحاضر بدلا من تاريخ نشأة هذا السلوك ، فلا يهتم المعالج إلّا بمعرفة خبرات التعلم الرئيسية السابقة طالما أنها تؤثر فى المشكلة السلوكية الحاضرة ، وكذلك الحالات البيولوجية التى قد تحد من إمكانية تعديل السلوك .

١٣ - يتهم البعض العلاج السلوكى بأنه آلى يتجاهل أهمية العلاقة بين المعالج والعميل ، وقد يرجع هذا الاتهام إلى أن الأساليب المبكرة فى تعديل السلوك كانت تركز أساسا على معالجة العواقب البيئية وكان ذلك يتم غالبا فى المؤسسات . ولكن بعد أن امتد نطاق استخدام أساليب تعديل السلوك ليشمل عددا متنوعا وكبيرا من أنواع المشكلات المعقدة فى علاقة بين معالج وعميل فى موقف علاجى ، فإن سلوك المعالج أصبح أكثر تأثيرا فى تحديد كفاءة العلاج . ويشمل ذلك قدرته على التشجيع والتوجيه وتدعيم التغيير فى سلوك العميل . والواقع أن كل برنامج علاجى جيد يجب أن يهتم باستجابة العميل للمعالج وبالهدف العلاجى وبالأساليب المستخدمة فى العملية العلاجية . وهى أساليب لا تفرض على العميل القادر على المشاركة فى عملية تقرير البرنامج العلاجى ، وغالبا ما يناقش المعالج مع مثل هذا العميل الأساليب المناسبة والأهداف المرغوبة ويحاول التوصل معه مقدما إلى اتفاق وقرار مشترك حول الطرق والأهداف .

١٤ - يوفر التأكيد على التعلم استمرارية طبيعية بين العمليات التربوية والإرشاد وأساليب الاشراط - والكثير مما يتم فى العملية التربوية الصحيحة من إعداد للمواد وتنظيم للفصل لتهيئة أفضل الظروف الممكنة للتعلم وتدعيمه واهتمام بالمحكات الموضوعية للتأكد من فعالية التعلم ... كل ذلك له ما يناظره فى العملية العلاجية .

الفصل الثاني

التحليل السلوكي

مكونات التحليل :

حين يحدد المعالج الاستجابات المعينة المرغوبة ، فإنه من الضرورى أن يحدد المتغيرات التى يمكن أن تؤدى إلى هذه الاستجابات والاحتفاظ بها . ويمكنه فى هذا السبيل أن يستعين بالصياغة التالية التى يقدمها كانفر (٩) بقصد التحليل ، وهى تلخص الظروف التى تعمل وقت الاستجابة والتى قد يكون لها دلالتها لاحتمال حدوث الاستجابة . وتشتمل هذه الصياغة على خمسة مكونات والعلاقات بينها ، وهى :

(١) الأحداث المنبهة السابقة	(م)	S- prior stimulation
(١) الحالة البيولوجية للكائن	(ك)	O- biological state of the organism
(٣) الاستجابات الممكنة	(س)	R- response repertoire
(٤) العلاقات التلازمية (الإشراطية)	(ز)	K- contingency relationship
(٥) العاقبة	(ع)	C- consequence

ولتبيان العلاقات الوقتية النسبية ومركزية الاستجابة يمكن صياغة هذه المكونات على النحو التالى :

م ← ك ← س ← ز ← ع

وفى معظم الحالات تصبح العواقب السلوكية (المكون الأخير) منبهات ، ترجع بدورها إلى تنبيه الشخص (إرجاع أثر) وتنشط سلسلة أخرى من السلوك . وتعتبر هذه الصياغة كل أنواع السلوك نتيجة محددات معينة تتمثل تمثيلا كاملا فى مكوناتها . وتؤكد الصياغات السلوكية التقليدية على العلاقة بين الأحداث قبل حدوث الاستجابة ، بينما تؤكد صياغة الإشراط الاجرائى على العواقب التالية للاستجابة ، وفى المواقف التى يكون فيها التعلم عن طريق الملاحظة عنصرا مركزيا فى العلاج ، فإنه يتعين اعتبار كل من الظروف السابقة واللاحقة ، وكذلك ، فإنه فى المواقف التى يشجع فيها العميل على التغير الموجه ذاتيا ، فإن المعالج يساعد العميل على مراقبة الظروف السابقة واللاحقة وملاحظة تأثيراتها على سلوكه .

ويشتمل التحليل السلوكى الكامل على تقديرات عن كل من المكونات السابقة ، ولكن فى الكثير من الحالات قد لا تتوفر المعلومات أو قد لا يكون لها

دلالة ، ومن أمثلة التحليل السلوكى البسيط نسبيا ، حالة طفل يعانى من نوبات الغضب (استجابة) وقد يكشف التحليل عن أن السلوك يحدث فقط فى وجود الأم (المنبه) حين يكون الطفل متعبا (الحالة البيولوجية) . وينتج عن ذلك سحب الأم لنواهيها أو مطالبها أو أن تقوم باحتضان الطفل ومحاولة تهدئته (عاقبة) . وهى تفعل ذلك فى كل مرة تنتاب فيها الطفل هذه النوبات فى خلال عشر دقائق من بدايتها (العلاقة الزمنية) . ولنناقش الآن كل مكون على حدة ..

الأحداث السابقة :

تشمل هذه الفئة وصفا لكل عناصر المنبه وتحديدا للظروف البيئية المرتبطة بالسلوك المستهدف . فى أى الظروف يقع هذا السلوك ؟ ما الذى يستثيره ؟ هل هو منبه لاستجابات منعكسة مستقلة (أوتونومية) أم هل هو منبه لسلوك متعلم ؟ ويجب على القائم بالملاحظة أن يحدد المنبه من وجهة نظر العميل الذى يسلك وليس من وجهة نظر الملاحظ . ولا تشتمل عناصر المنبه على المنبهات الخارجية فقط ، ولكنها تشمل أيضا البيئة الداخلية للشخص . ومن الجوانب الهامة للمنبه الدور الذى تلعبه البيئة الاجتماعية فى قيام تاريخ من أنواع السلوك المناسب لكل من الظروف المختلفة ، فمثلا : بالنسبة لطفل له تاريخ اجتماعى سوى ، يصبح جرس المدرسة إشارة الذهاب إلى الفصل ، وزجر الأم أو المدرس إشارة إلى أن عواقب سلبية يمكن أن تحدث إذا لم يغير الطفل سلوكه ، إلخ ..

الحالة البيولوجية :

من المفيد تقدير المتغيرات البيولوجية فى الصياغة السلوكية وذلك للتأكد مما إذا كانت الاستجابة المتوقعة تدخل فى حدود الطاقة البيولوجية للفرد . ومن أمثلة حالات الكائن البيولوجية التى قد تكون عوامل محددة قوية للاستجابة المستهدفة : مرور فترة طويلة من الوقت منذ آخر وجبة ، مثانة مليئة ، أو تأثير عقار مهدىء . وفى معظم الحالات ، يمكن التأكد من المتغيرات البيولوجية الهامة بسرعة عن طريق القضاء على الظروف الحادة غير العادية أو الوقتية التى قد تغير من استجابة الشخص أو دوافعه .

الاستجابات :

يميز أصحاب نظريات التعلم بين نوعين من الاستجابات : (أ) الاستجابات التى يستثيرها منبه معين دون حاجة إلى تدريب وتسمى استجابات الإشارة أو الاستجابات العادية respondents . ويتبع قيام ارتباطات بين منبه واستجابة أصلية قاعدة « الإشراط الكلاسيكى » أو « تعلم الإشارة » . (ب) الاستجابات المدعومة Operants وهى مشروطة بالعواقب ، أى بالثواب أو العقاب . وبالرغم من وجود بعض الخلاف حول صواب هذا التمييز (كانفر) فإن المعالج من وجهة نظر براجماتية ، يفيده هذا التصنيف ، لأن استجابات الإشارة تتأثر بالمؤثرات السابقة ، بينما تتأثر الاستجابات المدعومة بعواقبها . إلّا أنه حتى الاستجابات المدعومة تتوسد موقعها عادة فى سلسلة من الأحداث تشمل بعض منبهات متميزة تسبق الاستجابة . ولذلك فإن الضبط عن طريق كل من المنبه والتدعيم يمكن تطبيقه على الاستجابات المدعومة المتميزة . ويفترض أن استجابات الإشارة لا يمكن أن تتأثر مباشرة بعواقبها . ولكن البحوث الحديثة فى تغيير الاستجابات المستقلة تشير إلى إمكانية ضبط الاستجابة المدعومة عن طريق التدعيم . ويمكن تصنيف الاستجابات إما على أساس التشابه التوبوجرافى أو على أساس تشابهها فى إنتاج نفس العواقب . ويفضل التصنيف الأخير بعامة فى تحليل السلوك المعقد ، لأنه يسمح بوصف أكثر شمولية للوحدات السلوكية الملائمة للمشكلة المعينة . إلّا أن تفضيل أساس للتصنيف يتوقف على ما إذا كانت التوبوجرافية أو عاقبة السلوك المستهدف تكون غير مقبولة أو تنقصها الكفاءة . وحين تكون العواقب السلوكية متماثلة ، ولكن أسلوب تنفيذ السلوك غير مقبول ، فإنه يفضل التصنيف على الأساس التوبوجرافى . ومن الناحية الأخرى ، فإن تمييز مختلف العواقب لاستجابات متشابهة توبولوجيا ، قد يكون هو الهدف العلاجى فمثلا ، فى علاج طفل يعانى من « استعراء جنسى » فإن سلوك الاستعراء يكون متماثلا سواء كان يحدث فى غرفة النوم أو فى مكان عام ، ولكن الخلاف بين النوعين من السلوك هو فى العواقب الوظيفية .

ويشتمل تعريف الاستجابة على المدى الكامل للسلوك الحركى واللفظى الذى يكون موضوعا يستحق الدراسة . وهو لا يقتصر على التعريف البدنى لحركات الجسم . وتعتبر الاستجابات الاجتماعية واللفظية استجابات فى حد ذاتها ، وليست

بدائل لأحداث عقلية أو حالات داخلية . والاستجابة اللفظية قد يضبطها الحدث الذى تشير إليه أو الجمهور الذى توجه إليه . ويمكن ملاحظتها وتعديلها بوصفها استجابة فى حد ذاتها وليس بوصفها مؤشرا لحالة داخلية أو حدثا عقليا . وحين يكون السلوك غير الظاهر (بما فى ذلك التفكير والإدراك واتخاذ القرارات) موضوع العلاج بحيث تكون هذه الاستجابات أهدافا ، فإن حدوثها يجب أن يكون متاحا للملاحظة .

التأثيرات السلوكية :

عواقب الاستجابة التى تعمل على الإبقاء على حدوثها مستقبلا أو زيادة حدوثها تسمى « المدعمات » reinforcers . ويتعين قبل استخدام العواقب لتعديل السلوك التأكد من توفر خاصيتين للمنبهات المدعمة وهما : (أ) قدرتها على تغيير احتمال وقوع الاستجابة السابقة ، (ب) وظيفتها الموجهة للسلوك . وغالبا ما يكفى للوصف العملى للأحداث فى هذه الفئة ملاحظة أن استجابة لا تحدث فى غياب عواقب معينة أو فى غياب إشارات دالة على توفر المدعمات المعينة ، وأن الاستجابة تحدث فعلا فى وجودها . أما المحك الثانى فهو يستوفى حين يمكن إثبات أن عاقبة تؤثر فى تعلم الاستجابة الجديدة . ويجب ملاحظة أن المدعمات ليست أحداثا مادية معينة فقط ، فهى لا تقتصر على تقديم طعام لحيوان جائع . ولكنها قد تشمل السلوك الاجتماعى للناس والتعبيرات اللفظية وملامح وحركات الجسم والإقلال من العواقب المنفرة ، الخ . وفى تحليل هذه الفئة ، يكون من المفيد غالبا تحديد مدرج تدعيم ، فتعد قائمة بالمواقف والأنشطة والأحداث المرغوبة أو المؤثرة فى توجيه سلوك الفرد والاحتفاظ به .

العلاقات التلازمية :

تشير هذه الفئة إلى العلاقة البارامترية : الاستجابة — التدعيم . وتوضح بحوث التعلم أن نسبة الاستجابات لكل تدعيم والجدول الزمنى للأحداث المدعمة للاستجابات المدعومة يؤثران فى كل من اكتساب السلوك والابقاء عليه . ولذلك يتعين أن يشتمل التحليل الكامل على الجدول الذى يضبط ترتيبات الاستجابة — العاقبة ، وأى تغيرات فى مثل هذه الجداول عن المراقف السابقة ، أو

الضبط الفورى للسلوك بالجداول المختلفة . فمثلا ، القيم المختلفة للفئة أو المكون « ز » فى تفاعل طفل مع أمه وأبيه سوف توضح أن الأم تنزع إلى دعم وقوع سلوك من نوع « الإقبال » بينما يدعم الأب هذا السلوك بدرجة أقل تواترا . ونظرا لأن الجداول المختلفة لها خصائص أداء تنبؤية مختلفة ، فإنه يتعين عدم تجاهل هذا المكون .

ويتضح مما سبق أن التحليل السلوكى يختلف عن الصياغة التشخيصية التقليدية التى تسمى خصائص الشخصية الفردية على أساس أعراض معينة . وتحليل مشكلة العميل عملية مستمرة تتطلب إعادة تقويم خلال مراحل التقدم العلاجى . وإذا كان يتعين النظر إلى العلاج السلوكى بوصف إنه يتبع مدخلا معينا فى التعامل مع المشكلات الإكلينيكية وليس بوصفه مجموعة من الأساليب العلاجية المقابلة لمجموعة من الاضطرابات السلوكية ، فإن هذا المدخل يتمثل أكثر ما يتمثل فى أول خطوة له وهى « التحليل السلوكى » . ويضرب بريدى (٥) . أمثلة لذلك منها اضطراب الكلام ، فقد يكون مفرطا فى كمه كما هو فى حالات الهوس أو شحيحا كما هو فى بعض حالات الاكتئاب ، أو قد تصاحب أداءه معاناة بالغة كما هو فى حالات التهتهة . وقد يكون غير ملائم كما يتمثل فى « الصداء اللفظى » **echolalia** للطفل المنطوى على ذاته **autistic** . ومن المهم أن يستوثق المعالج من الجانب الوظيفى والمتغيرات السلوكية والبيئية التى يرتبط اضطراب السلوك بها وظيفيا . فمثلا يحدد الإكلينيكى عن طريق الملاحظة المباشرة والتاريخ المفصل الظروف والسياق الاجتماعى للتهتهة والمقدمات البيئية ، والعواقب السلوكية لأحداث التهتهة . وبالنسبة للطفل الصغير ، قد تعمل العواقب الاجتماعية على الإبقاء على التهتهة ، كأن يجد طفل الخامسة أو السادسة نفسه فى حالة تنافس شديد مع أشقائه الأكبر سنا والأسلس كلاما على الحصول على اهتمام الوالدين ، أو قد يكون الطفل أقل نجاحا فى التنافس مع شقيق أصغر أو حديث الولادة للحصول على اهتمام الوالدين . ولذلك فإنه حين يتحدث الطفل بسلاسة ، فإن حديثه لا يكون ملحوظا ، ومن ثم لا يتدعم (لا يكافأ) من خلال اهتمام الوالدين ، بعكس التهتهة التى تسترعى اهتمام الوالدين . ومن ثم فإن التهتهة قد تتدعم دون قصد . إلّا أنه فى حالات أخرى ، قد لا تكون العواقب الاجتماعية للتهتهة هى الأحداث الهامة فى الإبقاء عليها ، بل تكون ظروفا سابقة أو مهيئة تستثير حالة سيكوفسيولوجية معقدة تمهد الطريق للتهتهة . ويغلب أن يوجد مثل هذا الموقف فى حالات الأطفال الأكبر سنا والمراهقين والراشدين الذين عانوا من

التهتهة سنين عديدة واستقر لديهم هذا السلوك بالرغم من العواقب التى تشكل عقوبات على هذا السلوك مثل الشعور بالحرج والقلق والاحباط التى تتبع محاولة الكلام . وفى مثل هذه الحالات الأكبر سنا ، قد يصبح مدى متنوع من المواقف الاجتماعية ظروفا مهيئة للتهتهة ، فيتوقع المريض التهتهة كلما اقترب من مثل هذا الموقف ، ويشعر بالتوتر والقلق ، ومن ثم فهو يتهته فعلا ويخبر المشاعر المصاحبة لهذا الاضطراب من إحباط وحرج . ويزداد هذا الشعور المستبق بالقلق حدة فى المواقف التالية المشابهة ، وهكذا تستمر الحلقة المفرغة .

ويسعى التحليل السلوكى إلى التوصل إلى عدد من الفروض الإكلينيكية عن المتغيرات التى تضبط السلوك المضطرب وتحافظ عليه . ويتطلب مثل هذا التحليل معرفة متعمقة بأسس السلوك وخبرة إكلينيكية . وتتمثل الخطوة الثانية فى استخدام هذا التحليل السلوكى لتصميم برنامج علاجى مؤقت يتكون أساسا من اختبار الفروض الإكلينيكية من خلال التحكم فى المتغيرات البيؤية والسلوكية التى يعتقد بانها ترتبط وظيفيا بمشكلات توافق المريض . وبالطبع ، فإن استجابات المريض للتدخل العلاجى تقدم بيانات ضافية ، وقد تسمح بتطوير وتحسين فى التحليل السلوكى . فمثلا ، قد يطلب من والدى طفل السادسة الذى يعانى من التهتهة وممن يستمعون إليه فى بيئته ألا يستجيبوا لهذه التهتهة باهتمام وانشغال ، وبالطبع ، يجب عدم معاقبة الطفل على هذه التهتهة لأنها سوف تزيد من القلق ومن حدة المشكلة . ومن ناحية أخرى ، يتعين مكافأة الطفل على الحديث الخالى من التهتهة بإحدى صور المكافأة أو الثواب . وهذه الاستراتيجية هى ما تسمى فنيا « عكس اشراط التدعيم » reversing the contingencies of reinforcement . فإذا كان الفرض الأصلى صحيحا ، فإن نسبة الحديث السليم سوف تزداد بمرور الوقت . وإذا لم يحدث ذلك ، فإن الإشراط الجديد لم يطبق تطبيقا سليما أو متسقا ، أو أن عوامل إضافية تتحكم فى موقف التهتهة . وفى كل الحالات ، يتعين جمع ملاحظات إضافية لتحليل تال للمشكلة ، ويتطلب علاج الراشد الذى يعانى من التهتهة استراتيجية مختلفة ، فمثلا ، قد يزال أو يفك إشراط القلق الذى أصبح مرتبطا بمواقف كلامية متنوعة . وقد يتحقق ذلك عن طريق التخلص التدريجى من الحساسية . وثمة إجراء أعد خصيصا لعلاج مثل هذا الاضطراب يسمى « إعادة التدريب الإشراطى المترونومى على الكلام » وسوف نعرضه فى فقرات تالية ، ولعل ما سبق يوضح

الفرق بين المنهج السلوكى والمنهج السيكوديناميى ، إذ أن التأكيد فى المنهج الأول يكون على ما يمكن ملاحظته وقياسه ، أى سلوك المريض وعلاقته بأحداث البيئة وعلى استخدام الطرق المعروفة فى العلوم التجريبية .

طرق وأدوات جمع البيانات فى التحليل السلوكى :

تختلف الطريقة التى يجرى بها التحليل السلوكى اختلافا كبيرا طبقا للعميل ولنوع المشكلة . فقد تتضمن الجلوس فى نهاية فصل فى مدرسة وتسجيل سلوك مختلف التلاميذ . وقد تجرى بصورة غير مباشرة من خلال تقارير الوالدين والمدرسين . وقد تتضمن قياس مقدار القمامة فى ملعب ملحق بمعسكر أو عدد مرات ارتكاب سلوك عدوانى بعد مشاهدة برنامج تليفزيونى ، أو قد يجرى التحليل على أساس عينات من سلوك المرضى فى مستشفى للأمراض العقلية أو نزلاء سجن أو الناس فى تجمع سياسى . أو قد تستمد المعلومات من تقرير ذاتى أو من خلال لعب الأدوار ، أو عن طريق المقاييس الفسيولوجية مثل قياس التغير فى معدل نبضات القلب حين يتخيل العميل مواقف مخيفة مختلفة . وقد يطلب من العميل كتابة تاريخ حياته أو قد يستوفى البيانات المطلوبة فى نموذج خاص لهذا الغرض . أو قد يطلب من الأطفال ذكر ثلاثة أشياء يتمنون تغييرها فى حياتهم . ومن أفضل الطرق أن يحتفظ العميل بيومية شخصية يسجل فيها مثلا وصفا دقيقا لكل موقف يجعله قلقا وكيف استجاب لهذا الموقف وعواقب استجابته . وكذلك قد يطلب من الوالدين تسجيل ملاحظات يومية عن مثل هذه الموضوعات عن أطفالهم . وغالبا ما تكون هذه المعرفة بالذات الخطوة الأولى نحو التحسن والضبط الذاتيين .

وقد تستخدم لهذا الغرض اختبارات منها :

(١) **جدول مسح الخوف : Fear Survey Schedule** . قائمة طويلة بموضوعات مثل أطباء الأسنان ، السيارات ، حوادث السقوط ، الخ .. يطلب من العميل أن يحدد على مقياس من خمس نقاط درجة إزعاج كل موضوع له ، وذلك بقصد تحديد المواقف التى تستثير القلق . وقد أعدت أدوات مماثلة للكشف عن القلق المرتبط بالامتحانات والاختبارات .

(٢) **جدول مسح التدعيم : The Reinforcement Survey Schedule** من إعداد كوتيلا بغرض تحديد المواقف والموضوعات والأنشطة السارة أو المثيبة

للعميل ومنها مثلا : الأكل ، أنواع القراءة ، الموسيقى ، الرياضة ، الأنشطة العامة ، الثناء ، أنواع التفاعلات مع الآخرين . وتفيد النتائج فى تحديد طرق تكوين علاقة طيبة مع العميل (موضوعات للحديث) ولإعداد برامج معينة مثلا للإشراط المضاد أو الإشراط الإجرائى . وقد أعدت صورة خاصة من هذا الاختبار للأطفال .

(٣) **اختبارات التأكيد الذاتى** : الغرض منها هو الكشف عن درجة التأكيدية أو اللاتأكيدية أو العدوانية لدى العميل ، مثلا : كيف يستجيب إذا حاول فرد تخطى دوره فى طابور انتظار أو إذا لم يرق له الطعام المقدم إليه فى مطعم . هل هو من النوع الذى يبالغ فى تقديم الاعتذارات أو الذى يخجل من طلب مواعيد مع الفتيات ، أو يجد صعوبة فى أن يكون صريحا أو منفتحا ، أو يجد صعوبة فى الاستجابة لطلب غير معقول ؟ وتفيد النتائج فى تحديد مدى الحاجة إلى برنامج للتدريب على تأكيد الذات ونوعية هذه البرامج .

(٤) **استبيانات للإرشاد الزواجى** : وتتضمن أسئلة عن طرق التفاعل بين الزوجين ، ما يحبه وما يكرهه كل منهما ، الأهداف ، طرق قضاء الوقت ، الاهتمامات ، اتخاذ القرار ، طرق الاتصال ، السلوك الجنسى ، طرق تربية الأطفال ، الخ ..

(٥) **استبيانات للإرشاد العائلى** : ولها صور منفصلة للمراهقين وللأب وللأم ، ويغطى بالإضافة إلى موضوعات الاستبيانات السابقة التفاعلات بين أفراد العائلة وإدراكات الذات والآخرين . إلّا أن الممارس يتعين ألا يعطى وزنا أكبر من اللازم لصدق الاستجابات لهذه الاختبارات . ولكن يتعين النظر إلى النتائج بوصفها معلومات سلوكية إضافية ومصادر للأفكار وللفرضيات التى يتعين التحقق من صدقها . وهى على كل حال تعين فى تحديد ما الذى يؤثر فى الوقت الحاضر فى سلوك العميل ؟ ما هى المنبهات أو المواقف التى تستثير سلوكا معينا ؟ ما هى عواقب السلوك ؟ وكيف ترتبط الأنواع المختلفة من السلوك ؟ ما هى زوائد ونواقص السلوك ؟

ولا يفيد من وجهة نظر سلوكية وصف الفرد بأنه اكتئابى مثلا ، أو وصف الطفل بأنه زائد النشاط Hyperactive ، بل يتعين تسجيل هل يجد الاكتئابى الثواب على عمله ، أو هل يشعر بالقلق فى مواقف اجتماعية أم هل

يحس بأن الآخرين يستغلونه بسهولة . وبالنسبة للطفل يتعين تحديد كم مرة يترك فيها مقعده مثلا داخل الفصل فى فترات مختلفة . ومن القضايا ذات الدلالة فى هذا المجال أنه يمكن تغيير نوع من السلوك دون تغيير نوع آخر حتى إذا بدا النوعان مرتبطين أو أنهما مقياسان لمشكلة مشتركة . فمثلا ، قد يقرر الفرد لفظيا أنه لم يعد يخاف من الثعابين ولكنه يرفض الاقتراب منها ، أو قد يمسك بثعبان دون استثارة فسيولوجية ظاهرة ولكنه يقرر أنه لا يزال يخاف منها . ولذلك يتعين أن يستخدم المحلل السلوكى أنواعا مختلفة من المقاييس السلوكية ، وألّا يعمم من مقياس لآخر وبخاصة من التقارير اللفظية . ومن الضرورى عد مرات تكرار السلوك ومواقعه . ما مقدار التدخين مثلا فى حفل أو بعد العشاء ؟ مثل هذه البيانات تقدم خط أساس للتقويم وتساعد فى تحديد نقطة البداية الملائمة فى برنامج علاجى وتقلل من تحيز الملاحظ . ويمكن أن يتم العد على أساس عينات زمنية وفى مواقف مختلفة . كما يمكن أن يقوم بالعد العميل نفسه ، وهى عملية رقابة ذاتية تستخدم فيها رسوم بيانية وقوائم شطب ، الخ . فيمكن للعميل أن يزن نفسه مثلا كل صباح وأن يلصق الرسم البيانى بباب الثلاجة . ويشيع استخدام عداد المعصم Wrist Counter وهو يشبه ساعة اليد ويسجل فيه عدد مرات حدوث سلوك معين مثل التدخين أو نتف شعر الشارب أو قضم الأظافر أو التفكير بصورة فيها انتقاص للذات . وقد يؤدى مثل هذا التسجيل إذا كانت نتائجه غير مرضية ، إلى تغيير . وقد وجد أن الإقلال من التدخين يزداد احتمال حدوثه إذا تم العد قبل التدخين وليس بعده . فإذا لم تكف الرقابة الذاتية لإحداث التغيير ، تعين الاستعانة بالبرنامج المناسب لتعديل السلوك .

الفصل الثالث

الإشراط الاستجابي

الإشراط الاستجابى والسلوك :

تفسر على أساس الإشراط الاستجابى (الكلاسيكى أو البافلوفى) أنواع عديدة من السلوك مثل : الشعور السار حين يبتسم شخص لك ، أو إفراز اللعاب حين نرى صورة لطعام لذيذ محبب إلى النفس ، أو استثارة جنسية لرؤية حذاء امرأة ، أو شعور شخصى بالقلق لمجرد رؤية سيارة . فهذه ليست استجابات غريزية ولكنها متعلمة ، فقد ارتبطت فى تاريخ حياتنا مشاعر معينة بمنبهات معينة . فالابتسامة ربما تكون قد ارتبطت بالوجدان الذى يحدث مشاعر سارة ، ورؤية صورة لطعام ارتبطت بمنبه مذاق الطعام الذى يحدث إفراز اللعاب ، ومن ثم فإن صورة الطعام تستثير فى النهاية إفراز اللعاب . ورؤية حذاء امرأة ربما ارتبطت بمنبه مثير جنسيا ؛ ورؤية سيارة ربما ارتبطت برؤية سابقة لوفاة قريب فى حادث سيارة .

وقد تقوم الاستجابة الحاضرة لمواقف معينة على أساس خبرات معقدة يصعب على الشخص تذكرها ، كما يصعب تتبع بداياتها . ولكن مثل هذا التتبع ليس ضروريا فى إطار تعديل السلوك ، إلّا أنه يتعين تحديد الاستجابات الحاضرة لمواقف معينة واستخدام معرفتنا بالإشراط الاستجابى لتغيير الاستجابة غير المرغوبة .

العوامل المؤثرة فى الإشراط الاستجابى :

ويتأثر الإشراط الاستجابى بثلاثة عوامل هامة هى :

(١) **الترتيب الزمنى للمنبهات** : ويتحقق أحسن إشراط إذا سبق المنبه الشرطى المنبه غير الشرطى ، وهذا هو « **الإشراط الأمامى** » **Forward Conditioning** بينما نحصل على إشراط قليل أو لا إشراط إذا سبق المنبه غير الشرطى المنبه الشرطى وهذا هو الإشراط الخلفى **Backward Conditioning** (١٣ ، ص ٢٧) وقد كانت المحاولات الأولى فى علاج « الكحولية » تتضمن جعل العميل مريضا ثم إعطاءه كحولا وهذا هو **الإشراط الخلفى** والذى يحتمل أنه ينقص من فعالية البرنامج . إلّا أن الإشراط الخلفى رغم ذلك تكون له فعاليته فى بعض المواقف ومنها المواقف التى سوف نناقشها فى فقرة تالية تحت عنوان « سيطرة الاستجابة » . ولكن الإشراط الأمامى هو الأفضل بعامة . وأيضا قد يحدث

كل من المنبهين الشرطى واللاشرطى معاً فى نفس الوقت . فمثلا ، لا يمكن فصل الشخص عن خاصية من خصائصه مما قد ينتج عنه إشراط استجابى .

(٢) **الفترة بين المنبهين** : وهى تشير إلى الفترة الزمنية بين المنبه الشرطى والمنبه غير الشرطى . وعادة – ولكن باستثناءات كثيرة – فإن أفضل إشراط استجابى يتم فى فترة حوالى نصف ثانية ، وذلك رغم أن الإشراط يمكن أن يحدث بعد فترة زمنية أطول (مثلا : الغثيان بفعل تسمم من طعام قد يحدث نتيجة إشراط لمذاق الطعام الذى حدث قبل ذلك بساعات) .

(٣) **سيطرة الاستجابة** : **Response Dominance** : أى القوى النسبية للاستجابات التى يستثيرها المنبه الشرطى والمنبه غير الشرطى قبل المزاوجة بينهما . فإذا كانت الاستجابة الشرطية والاستجابة غير الشرطية متكافئتين ، فإن كلا من المنبهين قد يستثير كلا من الاستجابتين . ولكن إذا كانت الاستجابتان غير متكافئتين ، فإن الإشراط سوف ينزع إلى أن يجعل كلا من المنبهين يستثير الاستجابة المسيطرة أو السائدة . وحيث أن الاستجابة غير الشرطية هى التى تكون عادة أكثر سيطرة من الاستجابة الشرطية ، فإن هذه الأخيرة لا تذكر ولكن إذا كانت الاستجابة الشرطية أكثر سيطرة من الاستجابة غير الشرطية ، فإن الإشراط يصبح خلفيا . فإذا كان الفرد يخاف من الثعابين مثلا ، وألقى ثعبان فى حجره وطلب منه الاسترخاء ، فإن الفرد غالبا سوف يرتبط لديه القلق بكلمة « استرخاء » بدلا من أن يرتبط الاسترخاء بالثعابين . وسيطرة الاستجابة هى المكون الحاسم فى الإشراط المضاد .

ومن الحالات الطريقة الحالة التى عالجها افرون (١٣ ، ص – ٣) لعميلة من نوبات الصرع ، وقد كانت قادرة على منع حدوث النوبة عند الإحساس بقرب وقوعها (أوره: aura) عن طريق استنشاق رائحة الياسمين . وقد استطاع أفرون مزاوجة الرائحة برؤية عقد ، ومن ثم يمكن للمريضة كف نوبة الصرع ومنع وقوع النوبة بمجرد التفكير فى عقد ، وهذا بدوره يعطى إحساسا ذاتيا برائحة الياسمين .

الإشراط المضاد :

يحدث الانطفاء فى الإشراط الكلاسيكى حين يزال المنبه غير الشرطى . ويمكن تيسير إزالة الاستجابة الشرطية أيضا إذا قدم القائم بالتجربة – بالإضافة إلى إبعاد المنبه

غير الشرطى – منبها غير شرطى آخر بدلا منه . وحين يستثير ذلك استجابة غير شرطية لا تتواءم مع الاستجابة الشرطية ، فإن اشراطا مضادا يقال أنه قد حدث . ففى حالة ألبرت ، إذا قدم الفأر (المنبه الشرطى) متلازما مع الطعام (المنبه غير الشرطى الجديد) فإن اشراطا مضادا يحدث لأن الطعام يستثير استجابة لا تتواءم مع الخوف .. وذلك هو ما حدث فى تجربة جونز مع بيتر . ولا يسرع الإشراط المضاد بإزالة الاستجابات الشرطية فقط ، ولكنه أيضا ينتج إزالة للاستجابة الشرطية تحت ظروف خاصة لا يؤدى فيها الإنطفاء إلى هذه النتيجة . وهى ظاهرة لها أهميتها أيضا فى التطبيق الإكلينيكى لإنقاص الاستجابات الإنفعالية غير المرغوبة مثل القلق والغضب والغيرة .

تأثير التدعيم الجزئى :

فى معظم مواقف الحياة لا يتبع السلوك دائما بتدعيم . وحين يوقف التدعيم خلال بعض المحاولات المعملية فى الإشراط الإجرائى ، فإن الاستجابة المتعلمة تكون أكثر مقاومة للإنطفاء . وعن طريق الانقاص التدريجى لمعدل المحاولات المدعمة بالنسبة إلى المحاولات غير المدعمة ، فإن القائم بالتجربة يمكن أن يعلم الفرد إحداث الاستجابة الشرطية آلاف المرات أحيانا دون تدعيم . ومثال ذلك ماكينات بيع الحلوى الأوتوماتيكية التى تقدم تدعيما بنسبة ١٠٠٪ تقريبا ، أى أنه فى كل مرة يضع فيها الشخص النقود فى الآلة ، فإن الحلوى تبرز منها (تدعيم) فإذا وجد فرد أن الآلة تفشل فى تقديم الحلوى ، فإن استجابة وضع النقود فى الآلة تنطفىء بسرعة . ومن ناحية أخرى ، فإن ماكينات القمار تبرمج على أساس جدول من التدعيم الجزئى ، ولذلك ، فإن سلوك وضع النقود يستمر ، حتى بعد فترة طويلة من عدم التدعيم ، مما يشير إلى قوة التدعيم الجزئى فى تأخير الانطفاء .

الاستجابة الانفعالية الشرطية :

حين يقدم للفرد منبه شرطى مع منبه غير شرطى مؤلم ، فإن المنبه الشرطى سرعان ما يستثير استجابات انفعالية سبق ارتباطها بالمنبه غير الشرطى (استجابات الخوف) .

استجابات الهروب واستجابات التجنب :

حين يتغير الموقف بحيث ينتج سلوك من جانب الفرد نهاية للمنبه غير الشرطى المؤلم (استجابة هروب) ، أو يسمح له بتجنب قيام المنبه غير الشرطى فى الفترة بين قيام المنبه الشرطى وقيام المنبه غير الشرطى (استجابة التجنب) فإن كل مكونات الخوف تنزع إلى السقوط بعد محاولات قليلة . وفى نفس الوقت ، فإن سلوك التجنب يصبح قوياً جداً . ويلاحظ أن سلوكا جديدا وقويا ، أى استجابة التجنب ، قد تُعلمت دون التدعيم الخارجى المطلوب عادة . ويمكن شرح ذلك على أساس أن إنهاء منبه شرطى سبق تلازمه مع الألم هو فى حد ذاته تدعيم . وهذا المنبه الشرطى له الآن قوة الدافع عن طريق قيامه ، وقوة التدعيم عن طريق زواله . ويوجد الآن سلوك جديد فى موقف الإشراط الأصلى . ويعلم كل إكلينيكى أن الناس يمكن أن يشغلوا بسلوك ، بل إنهم فعلا يشغلون بسلوك قهرى مستمر يؤدى فى النهاية إلى نتائج غير سارة . وهنا يمكن التساؤل عما إذا كانت هذه النتائج غير السارة تؤدى إلى إزالة مثل هذا السلوك . حاول الباحثون تفسير هذا التناقض من خلال تجارب (٧ ، ص ٢١٧) وضعت فيها كلاب فى قفص كبير يحتوى على قسمين : قسم به شبكة كهربائية ، والثانى لا يحتوى على شبكة ، ويفصل بين القسمين حاجز يمكن عند رفعه حجز الكلاب فى قسم واحد ، وعند خفضه يسمح للكلاب بالقفز بعنف من جانب إلى آخر . وقد وضعت الكلاب فى القسم المكهرب وأحدثت نغمة صوتية ثم خفض الحاجز (منبه شرطى) تتبعه بعد ثوان صدمة كهربائية خلال الشبكة (منبه غير شرطى) وقد أظهرت الكلاب فى بداية الصدمة سلوك الخوف المتوقع ثم قفزت فوق الحاجز منهية بذلك الصدمة والصوت . وبعد محاولات قليلة كونت الكلاب سلوك تجنب ثابت بحيث تقفز فوق الحاجز بعد ثوان قليلة من حدوث المنبه الشرطى . وعند هذه النقطة تناقصت علامات الخوف وسرعان ما كانت الكلاب تقوم باستجابات التجنب بهدوء . ويلاحظ أن الأفراد الذين تعرضوا للإشراط بهذه الطريقة يستمرون فى الأداء دون معاناة للصدمة . وتكون العادة ثابتة بدرجة ملحوظة . وقد يغير القائم بالتجربة الموقف بحيث تقفز الكلاب فوق الشبكة التى تصدر صدمة قصيرة ، فتستمر الكلاب فى القفز كل مرة يقدم فيها المنبه الشرطى بعنف أكثر وبصورة مستمرة .

إنطفاء استجابات التجنب :

لا يؤدى إجراء انطفاء مثل قطع الدائرة الكهربائية فى التجربة السابقة إلى إنطفاء استجابة التجنب . فالكلاب تدعم باستمرار على القفز لإزالة الخوف . ولذلك فهى تستمر فى استجابة التجنب ، فإذا أريد إحداث الإنطفاء ، فإنه يتعين حصر الفرد فى الموقف عن طريق الوقوف فى طريق استجابة التجنب برفع الحاجز بحيث لا تستطيع الكلاب القفز إلى القسم الآخر . ومثل هذا السلوك التجنبى ، المتعلم فى وجود منبه مؤلم لدرجة خفيفة ، ينزع فعلا إلى الانطفاء عن طريق المنع . ولكن حين تستخدم منبهات مؤلمة بشدة ، فإن هناك مقاومة للإنطفاء . والفرد الذى يتعرض لمنبه شرطى مع صنع استجابة التجنب المتعلمة ، يتعلم غالبا سلوكاً « خرافياً » يصبح سلوكاً تجنبياً جديداً . ومن وجهة النظر السلوكية ، يعرف العصاب بأنه سلوك غير متوائم ومستمر نشأ خلال تعلم ، أو هو تدهور فى السلوك المتوائم بفعل تعلم غير كافٍ . ومن المهم التنبه إلى أن السلوك يشمل : السلوك الحركى والأفكار ، وغالبا وهو الأهم المشاعر . ويبقى أن نتساءل : كيف تنشأ هذه العادات خلال عملية الظواهر الإشراطية التى سبق وصفها ؟

المشاعر الزائدة :

من الممكن عند أبسط المستويات أن يكون الفرد مشاعر غير متوائمة خلال إشراط كلاسيكى كما كان هو الحال مع الطفل آلبرت . والخوف (القلق حين يغيب الوعى بالمنبه المثير) يمكن تصوريا أن يكون استجابة متعلمة لأى منبه قابل للإدراك أو مجموعة من المنبهات ويمكن أن يحدث مثل هذا الخوف الشرطى خلال حدث صدمى واحد أو خلال سلسلة من الأحداث الأقل صدمية . فمثلا ، يمكن أن يكون الفرد خوفا غير متوائم (عصابى) من قيادة السيارات بعد حادثة مرعبة معينة . ومن الناحية الأخرى ، قد يكون الفرد خوفا من التعبير عن الغضب من خلال استمرار وإشراط سحب حب الوالدين فى مرحلة الطفولة . ومن الممكن التنبؤ بأنه عبر الزمن فإن استجابات الخوف المتعلمة هذه سوف تعمم إلى مواقف تتشابه مع المواقف الشرطية الأصلية بحيث أنه بعد عدة سنوات من وقوع حادثة السيارة ، فإن الضحية قد يظهر خوفا حين يكون راكبا سيارة ، حتى ولو كان مجرد راكب . وربما يخاف

ركوب الأوتوبيسات والقطارات أو أى نوع من النقل الميكانيكى ، أو قد يظهر خوفا عند تقاطعات معينة تشبه موقع الحادثة ، أو ربما فى شوارع يكون المرور فيها مزدحما . وكذلك فإنه يمكن التنبؤ بأن الطفل الذى عاقبته أمه لإظهاره أو لمسه أعضائه الجنسية سوف يعانى فى النهاية فى مواقف مماثلة وربما فى أى مواقف تستثار فيها المشاعر الجنسية . وبنفس المعنى ، فإنه من الممكن أن يؤدى النقد المستمر أو المؤلم من جانب الوالدين إلى مشاعر القلق أو الخوف فى مرحلة الرشد حين يكون أى إرجاع للأثر متوقعا صدوره فى صورة سلبية من أى فرد فى موقع سلطة أو بوصفه استجابة معممة تالية لنقد من أى شخص . وتمثل هذه المشاعر السلبية المستثارة وما يشابهها استجابات عصابية بالقدر الذى تكون فيه غير موائمة فى الموقف . فإذا كان من المحتمل مثلا أن يكون النقد الموجه إلى الفرد من جانب رئيسه مقدمة فى الواقع لطرده من عمله ، فإن الخوف يكون أمرا عادياً ومناسباً للموقف ، بل إنه يؤدى وظيفة تواؤمية من حيث أنه يزيد الدافع إلى تغيير السلوك . ولكن إذا كانت استجابة الخوف تستثار فى أى وقت يكون فيه الفرد فى حضرة رئيس ودون ارتباط بعواقب هذا الحضور ، فإن السلوك فى هذه الحالة يكون غير متوائم (عصابيا) لأنه لا يحتمل واقعيا أن يؤدى الموقف إلى عواقب سلبية .

السلوك الحركى الزائد :

إذا كان الفرد قد تعلم إشراطيا الاستجابة بقلق حين تستثار مثلا المشاعر الشبقية فإنه ربما يكون قد تعلم تجنب المواقف التى تستثير مثل هذه المشاعر . وقد يشكو الفرد من أنه يعانى من الوحدة أو من نقص الدافع للارتباط بالآخرين بطرق ذات دلالة . وسوف يظهر تحليل المشكلة أنه بعامة حين يجد فعلا نفسه منجذبا نحو شخص آخر ، فإن ذلك يستثير لديه مشاعر شبقية تستثير بدورها القلق ، وهو حينئذ يترك مثل هذه المواقف أو يتجنبها بقصد إزالة القلق . وقد يشكو الفرد من عدم قدرته على الاحتفاظ بوظيفته ولكن التحليل سوف يظهر مرة أخرى أنه فى موقف العمل حين يعانى من القلق خوفا من نقد عمله فإنه يتجنب المبادأة وهو يجد نفسه فى النهاية دون عمل نتيجة عدم كفاءة أدائه . وقد يشكو مريض من الجنسية المثلية ولكن التحليل يظهر أنه يخاف من الإناث إلى الحد الذى لا يمكن معه إشباع الدافع الجنسى إلّا عن طريق النشاط الجنسى المثلى . وبإختصار ، فإن القلق حالة دافعة لاستثارة

وتوجيه السلوك بعيدا عن المواقف المثيرة للقلق . وحيث إن أى سلوك سبق أن أدى إلى التخفف من القلق ينزع بقوة إلى أن يُكتسب وأن يُتعْلم ، فإن سلوك التجنب قد يأخذ أشكالا عديدة . وقد يكون بعضه غير موائم على المدى البعيد . فمثلا ، يؤدى غالبا تجنب التعبير الجنسى المقبول إجتماعياً إلى العزلة الاجتماعية .

الأفكار الزائدة :

يلجأ الإنسان إلى صور أخرى من التجنب غير السلوك الحركى . بل لقد لوحظ فى الواقع أن الكثير من المرضى يلجأون إلى التجنب من خلال الأساليب الإدراكية . فمثلا ، لنفترض أن شخصا قد عوقب فى طفولته لسلوك جنسى (إظهار أعضائه الجنسية مثلا) ، فلن يكون هذا السلوك هو الوحيد الذى يستثير لديه القلق فى مرحلة الرشد ، بل إنه عن طريق التعميم ، فإن الأفكار التى تستثير التداعيات الشبقية سوف تستثير القلق أيضا وسوف ينزع الفرد إلى تجنبها . وقد سبق أن أشرنا إلى أن كل سلوك ينجح صدفة فى إزالة الأفكار المثيرة للقلق سوف يصبح عادة ثابتة . وقد يأخذ ذلك شكل نشاط بدنى مثل عادات عمل قهرية أو تنظيف المنزل ، إلخ إلّا أن الفرد قد يتحول إلى أفكار أخرى حين يشعر بتهديد أفكار القلق . وقد تأخذ هذه أشكالا نمطية جامدة ، أو تأخذ إكلينيكيا شكل عدّ قهرى أو أنواعا مختلفة من الأفكار الطقوسية الوسواسية .

الصراع :

بعض التجنب المدفوع بخوف غير متوائم تكون عواقبه ضئيلة لأنه لا ينتج مشاكل فمثلا ، إذا كان فرد يخاف الثعابين غير الضارة ولكنه يسكن فى مدينة يقل فيها احتمال مواجهة الثعابين ، فإن الفرص الضئيلة التى يتجنب فيها بيت الثعابين فى حديقة الحيوان مثلا لا يبدو أنها تعوق مسيرة الحياة . ولكن إذا نتجت عن سلوك التجنب حالة صراع من أحداث تتكرر بكثرة ، فإن ذلك ينتج مشاكل . فمثلا ، إذا كان الفرد يخاف الكلاب وفى نفس الوقت يحب زيارة الأصدقاء والمشى أو الانشغال بمناشط أخرى يحتمل فيها مواجهة الكلاب ، فإن حياة الفرد لا تكتمل إذا اضطر إلى تقييد مناشطه الاجتماعية بقصد تجنب الموضوع المثير للخوف . وقد ينشأ صراع آخر حين تكف استجابات أخرى مثل الاستجابات الجنسية . ونظرا لأن هناك دافعا محددا

بيولوجيا للتعبير الجنسى ، فإن سلوك التجنب يترك الفرد فى حالة صراع بين الإقبال والتجنب ولن يتركه فى حالة من الراحة الكاملة لأنه كلما زادت فعالية تجنبه لموضوع الجنس كلما زاد إحباطه البيولوجى وكلما زاد ضغط الدافع البيولوجى كلما زاد قلقه ، وفى بعض حالات الصراع قد يلجأ الفرد إلى أنواع أخرى بديلة من السلوك (الإزاحة) .

خطوات الإشراط المضاد :

الخطوة الأولى فى الإشراط المضاد هى : **تحديد المواقف التى تستثير الاستجابات غير المرغوبة** مثل العناكب إذا كانت رؤيتها أو إذا كان التفكير فيها يسبب قلقا زائدا . ثم تحدد فى الخطوة الثانية الطرق لاستثارة استجابة لا تنسجم مع الاستجابة غير المرغوبة ، وتكون مسيطرة عليها ، مثل بعض **أنواع الاسترخاء** . وأخيرا يجرى **إشراط استجابى** للاستجابة غير المنسجمة للمنبهات التى تستثير الإستجابة غير المرغوبة ، كأن يزاوج بين المنبهات المحدثة للاسترخاء والمنبهات المرتبطة بالعناكب . ويستمر هذا الإشراط المضاد إلى أن تنقص الاستجابة غير المرغوبة بالقدر المناسب ، وغالبا إلى أن تنقطع تماما . والخلاصة ، أن الإشراط المضاد هو إنقاص الاستجابات المستثارة غير المرغوبة عن طريق الإشراط الاستجابى للاستجابات التى لا تنسجم معها للمواقف المثيرة لها .

إزالة الحساسية : Desensitization

هى إشراط مضاد للقلق مع الاسترخاء ، وفى مواقف أخرى ، فإن الاستجابة غير المرغوبة هى استجابة تقارب مثيبة ، كما هو الحال فى بعض جوانب « الكحولية » وتعاطى المخدرات ، والإفراط فى الأكل . فرؤية « بار » مثلا قد تستثير شوقا إلى الكحول ، ومذاق سيجارة يؤدى إلى تدخين أخرى . وفى هذه الحالات ، فإن الإشراط المضاد قد يتضمن إشراطا فى استجابة غير سارة أو منفرة لمواقف منبهة تستثير استجابة التقارب . ويسمى ذلك « إشراط مضاد تنفيرى » .. ومن المهم فى الإشراط المضاد أن تكون الاستجابة غير المنسجمة مسيطرة على الاستجابة غير المرغوبة . ولا يشكل ذلك مشكلة أحيانا فمثلا فى الإشراط المضاد التنفيرى ، قد يكون النفور من الصدمة الكهربائية أو تخيل مناظر غير سارة ، مسيطرا على التأثيرات

السارة لتناول قطعة أخرى من كعكة مفضلة . ولكن سيطرة الاستجابة يشكل غالبا قضية . والطريق إلى التأكد من أن الاستجابة غير المنسجمة مسيطرة هو من خلال استخدام هيراركية تشبه الهيراركية المتدرجة المستخدمة فى الانطفاء الاستجابى . أى أنه بدلاً من أن نبدأ مباشرة بإشراط مضاد للموقف الذى يستثير بأقوى درجة الاستجابة غير المرغوبة ، نبدأ بموقف يستثير بدرجة ضعيفة الاستجابة غير المرغوبة ثم نطبق الإشراط المضاد فى سلسلة متعاقبة من المواقف ، أى فى هيراركية تقترب تدريجيا من الموقف الذى يستثير بأقوى درجة الاستجابة غير المرغوبة فمثلا ، فى حالة الخوف من العناكب يبدأ الإشراط المضاد الذى يستخدم الاسترخاء بفقرات منخفضة فى الهيراركية (مثلا كلمة « عنكبوت ») ثم نتدرج (مثلا صورة عنكبوت) ثم إلى أعلى القائمة (مثل لمس عنكبوت حى) . ويفترض أن تأثيرات الإشراط المضاد تعمم إلى مواقف مشابهة مع التدرج ، ومن ثم تقلل تدريجيا من قوة الاستجابة غير المرغوبة التى تستثيرها المواقف المختلفة . فإذا ما بدأنا بلمس عنكبوت حى ، فإن ذلك قد يكون مسيطرا على أى استرخاء يمكن إحداثه . إلّا أن الاسترخاء يكون له السيطرة على القلق الذى تستثيره كلمة « عنكبوت » ومن ثم نبدأ به الإشراط المضاد . وهكذا ، يعمم الإشراط المضاد إلى بقية الهيراركية وهذا هو ما يحدث فى إزالة الحساسية ، ولكنه ينطبق على كل أنواع الإشراط المضاد .. وقد تختلف النقطة التى توقف عندها الإشراط المضاد طبقا لمطالب الموقف ، فمثلا ، فى استخدام الإشراط المضاد التنفيرى مع أنثى جنسية مثلية قد نتوقف عند النقطة التى تشعر فيها العميلة بالحياد نحو الإناث بدلاً من الاستمرار إلى نقطة الشعور بالنفور ولكن قد يكون من الضرورى الاستمرار فى الإشراط المضاد التنفيرى لعلاج ذكر مصاب بالاستعراء فى الأماكن العامة حتى يشعر النفور من هذه الاستجابة ، وفى كل من الانطفاء الاستجابى والإشراط المضاد ، يقدم للعميل منبه شرطى أو تسلسل متدرج (هيراركية) من المنبه الشرطى – والفرق الوحيد بين المنهجين هو أنه فى الإشراط المضاد تقدم منبهات (أو تدريب) تؤدى إلى استجابة غير منسجمة ترتبط بالمنبه الشرطى . فالإشراط المضاد هو ببساطة انطفاء . فالغرض من الاستجابة غير المنسجمة هو دفع أو تيسير عملية الانطفاء . وإزالة الحساسية فى أكثر استخداماتها شيوعا هى إنطفاء أكثر مما هى إشراط مضاد . والاسترخاء هو الطريق لدفع العميل إلى العمل خلال الهيراركية أو إنقاص القلق بحيث يكون العميل فى حالة أحسن

للإنطفاء . ويفسر الإشراط المضاد أحيانا بوصفه كفًا فسيولوجيا من قبل جزء من الجهاز العصبى لجزء آخر . فقد تتضمن إزالة الحساسية مثلا كفًا للجهاز العصبى الباراسيمبثاوى للجهاز السيمبثاوى . ولكن الدليل على هذا الافتراض لازال محل جدل .

التدريب على الاسترخاء :

يمكن استخدام عدد متنوع من الإجراءات لإحداث استرخاء عضلى عميق . وتقوم معظم هذه الإجراءات على أساس الطريقة التى وضعها جاكوبسون والمعروفة باسم « الاسترخاء المتدرج » Progressive Relaxation . وهى تتطلب من المريض التوتر ثم تعلم استرخاء المجموعات العضلية الرئيسية بدءا من قمة الجسم إلى أسفل وبطريقة ثابتة ونظامية . ويستخدم بعض المعالجين التنويم المغناطيسى مع حالات مختارة معينة من المرضى لتسهيل الاسترخاء . وتتوفر تسجيلات صوتية للإجراءات بما يسمح للمرضى بتعلم وممارسة الاسترخاء بأنفسهم . ويتعين أن تذكر للمريض مسبقا الطريقة التى سوف يستخدم بها الاسترخاء فى إزالة الحساسية ، وفى الحياة اليومية ، حيث يكون المريض واعيا بمؤشرات التوتر . كما أنه سوف يكون قادرا بعد فترة على تحقيق الاسترخاء فى أجزاء معينة فقط من جسمه . فمثلا ، إذا كان الانتظار لتقديم تقرير إلى مؤتمر يستثير القلق ، فإن المريض قد يستطيع إرخاء ذراعيه فقط ، كما أنه يشيع استخدام الإيحاء بأفكار عن مواقف استرخاء سابقة مثل الاسترخاء على الشاطىء .

ومن الصعوبات النادرة فى استخدام مختلف صور إزالة الحساسية : انخفاض قدرة المريض على الاسترخاء ، الشعور بالقلق نتيجة « فقدان الضبط » المرتبط بالاسترخاء ؛ العجز عن التخيل البصرى أو العجز عن ضبطه . ويمكن لهؤلاء الذين يجدون صعوبة فى الاسترخاء أن يستفيدوا من تعديل فى أسلوب الإيحاء ، فمثلا ، إذا كان الشخص أساسا من النوع السمعى أكثر من أن يكون من النوع البصرى ، فإنه يمكن أن يطلب منه الاسترخاء عن طريق تصور نفسه يستمع إلى نوع معين من الموسيقى وجد أنه يساعده على الاسترخاء فى الماضى . وإذا كانت الصعوبة ترجع إلى الأفكار الدخيلة ، فإنه يمكن أن يطلب منه أن يعيد فى صمت عبارة مثل « إن ذراعىّ يزدادان ثقلا واسترخاء » وأن يتخيل نفسه بصريا فى نفس الوقت مستلقيا تحت

الشمس . وقد ينتقل بعد ذلك إلى الأجزاء المختلفة للجسم لتدريب كل منها على الاسترخاء على التوالى . وقد يتطلب تيسير الاسترخاء إعطاء المريض مهدئا خفيفا مثل الفاليوم بنصف ساعة قبل حضوره إلى الجلسة . وبالنسبة لهؤلاء الذين يعانون من الخبرة المؤلمة « فقدان الضبط » فإنه يكفى عادة طمأنتهم بأنه لا يمكن حدوث شيء خطر ، وإنهم سوف يحصلون على قدرة إضافية على الضبط من خلال عملية تعلم ضبط الحالات الداخلية طبقا لإرادة الفرد .. ومن المفيد التأكيد لهم أيضا بأنهم لن يقعوا تحت ضبط من جانب المعالج ، وأنه فى مقدورهم وقف العملية فى أى وقت يشاءون .. وتؤدى هذه التأكيدات واصطناع الصبر من قبل المعالج عادة إلى نتائج طيبة . وفى حالة المرضى الذين يعجزون عن استخدام التخيل البصرى ، فإنه لا يمكن استخدام هذا الأسلوب . وقد يعدل هذا الأسلوب إلى إزالة حساسية فى مواقف حية . حين تكون المنبهات المثيرة للخوف متاحة تحت ظروف مضبوطة . فمثلا ، قد تعرض حيوانات أو موضوعات صغيرة على مسافات تزداد قربا من المريض بالتدريج خلال استرخائه . وقد تعالج المشكلات مثل الخوف من الأماكن المغلقة على مراحل . وقد لجأ المعالجون إلى مختلف الإجراءات ومنها اصطحاب المرضى إلى الكبارى واستخدام الأماكن المغلقة مثل خزانة الملابس ، والاحتفاظ ببعض الحيوانات فى العيادة ، كما اصطحبوا المرضى إلى أسقف المنازل ، كما استخدموا الشرائح المصورة والأفلام ، واستخدموا السكرتيرة وأهل الحى للعب أدوار فى مواقف حية لإزالة الحساسية . وقد لجأ المعالجون السلوكيون فى بعض الحالات إلى استخدام العقاقير لإحداث حالة من الهدوء تسمح للمرضى الذين يعجزون عن تعلم الاسترخاء بإزالة الحساسية عن طريق المواقف المتخيلة . كما استخدم ثانى أكسيد الكربون لهذا الغرض أيضا .

إعداد القائمة الهيراركية :

يبدأ هذا الإعداد بتحديد المنبهات (المواقف والأفكار) المثيرة للقلق غير الملائم لدى العميل من خلال طرق التقديم المختلفة من مقابلات ومذكرات يومية واختبارات ومقاييس فسيولوجية ، الخ . وبعد ذلك تقسم إلى موضوعات طبقا لعناصر مشتركة . فقد تقسم المنبهات طبقا للموضوع الرئيسى . فإذا كان الشخص يشعر بالقلق لنقد الناس له ، وبالقلق خشية أن يساء فهمه ، الخ . يكون الموضوع العام

للمخاوف هو : الخوف من التقويم الاجتماعى السلبى . أو قد تقسم المنبهات طبقا لحدث معين مثل وفاة شخص عزيز أو طلاق ومن ثم يكون الموضوع العام هو الهيراركية المكانية – الزمنية . والخطأ الرئيسى الذى قد يقع فيه المعالج أحيانا هو تصنيف المنبهات طبقا لموضوع أو حدث غير ملائم . فمثلا ، قد يصنف الخوف من التواجد فى أوتوبيس ، مزدحم أو فى مصدر مزدحم ، أو فى ساعة الضغط المرورى طبقا لموضوع الخوف من تزاحم الناس ، بينما قد يكون الموضوع الحقيقى هو الخوف من التواجد فى مكان ضيق محدود .

وبعد تصنيف المخاوف ومصادر القلق ، يكون من الضرورى تقرير ما يحتاج منها إلى العلاج فالبعض يمكن إهماله لأنه لا يمثل أهمية مباشرة لمشكلات العميل ، والبعض الآخر يقوم على أساس تصورات أو إدراكات خطأ ، ويمكن ترك علاجها لمنهج تعليمى – تربوى يقوم غالبا على أساس تقديم المعلومات عن السلوك الجنسى وأسباب المرض العقلى . بينما تقوم مخاوف أخرى غير تواؤمية على أساس خبرات وتداعيات انفعالية أكثر مما تقوم على أساس تصورات خطأ . وهذه هى التى يمكن معالجتها بإزالة الحساسية . ويعتقد فولبى أن الفرد لا يحتمل أن يزيد عدد فئات المخاوف من هذا النوع لديه عن أربعة . وبعد ذلك ترتب كل فئة من فئات منبهات القلق فى هيراركية يكون فيها الموقف المنبه الذى يستثير أكبر قدر من القلق فى القمة والمنبه الذى لا يستثير أى قلق فى القاعدة . وقد تستخدم لهذا الغرض المقاييس الفسيولوجية ، إلّا أن معظم المعالجين يعتمدون على التقدير الشخصى للعميل . وقد استخدم فولبى لهذا الغرض مقياس قلق تمثل قمته ١٠٠ ساد(*) وهو ما يعادل أسوأ قلق يمكن للعميل تصوره . وتتمثل قاعدته فى الدرجة صفر أى « لا قلق » . وبالتالى يستطيع العميل أن يقدر مقدار القلق الذى يسببه الموقف المنبه المعين فى وحدات ساد . فمثلا : ٢٥ ساد تقابل نقطة على المقياس تعادل ربع الطريق بين « لا قلق » وأقصى درجات القلق . ويقترح فولبى ألّا تزيد المسافة بين نقطة وأخرى عن ٥ إلى ١٠ ساد . ولذلك فقد يتطلب الأمر إضافة فقرات جديدة لملأ الثغرات . وفيما يلى مثال من مقياس استخدم فى علاج طالب حقوق عمره ٢٧ سنة يعانى من الخوف من الأكل فى الأماكن العامة . وسوف نكتفى بفقرات متباعدة (ف ١٣ ، ص ٥١)

(*) الكلمة الانجليزية sud وتتكون من الحروف الأولى من الكلمات التالية subjective unit of disturbance .

الفقرة ١ : تناول العشاء فى منزل صديقتى مع وجود والديها . الفقرة ٣ : تناول إفطار مع فتاة . الفقرة ٥ : تناول العشاء وحدى فى مطعم غير مألوف . الفقرة ٨ : تناول العشاء بمفردى فى مطعم مألوف . الفقرة ١٠ : تناول الغذاء فى الكافيتريا . ١٤ : تناول الغذاء فى شقتى .

وبعد إعداد الهيراركيات المناسبة ، وبعد أن يكون العميل قد تعلم الاسترخاء بسهولة وبسرعة ، يطلب من العميل أن يتخيل المنظر الأقل إثارة للقلق فى الهيراركية فى ضوء وصف مفصل من قبل المعالج . ويطلب من العميل أن يعيش بكل حواسه فى هذا المنظر وهو فى حالة استرخاء . ورغم أنه يمكن وضع العميل فى مواقف « حية » حقيقية ، إلّا أن استخدام تخيل المناظر يثير قدرا أقل من القلق وهو أكثر ملاءمة من الوجهة العملية من حيث الوقت والجهد والتكلفة ، فضلا عن أنه يوفر للمعالج قدرا أكبر من المرونة . وقد ثبت أن إزالة الحساسية فى منظر متخيل تعمم إلى المواقف الحية بدون قلق . وثمة بديل وهو أن يتدرج العميل فى المواقف الحية وطبقا للهيراركية التى تدرج عليها على المستوى التخييلى ومستخدما الإشراط المضاد الذى تعلمه .. إلّا أنه قد تواجه تخيل المناظر بعض الصعوبات منها أن بعض العملاء يجدون صعوبة فى تخيل منظر ومعايشته ، كما لو كان واقعا بدلاً من تصوره كما لو كانوا يشاهدون فيلما سينمائيا . ثم إن العميل قد يتخيل منظرا يكون أقل أو أكثر إثارة للقلق عما يفترض أن يكون عليه فى الهيراركية . وأخيرا ، فإن العميل قد يغير الصورة التى يتخيلها من فترة لأخرى . والخلاصة أن الأشراط المضاد يتضمن موضوعات وتداعيات داخل النظام المعرفى للعميل وليس مجرد منبهات بسيطة معينة .

إجراءات الإشراط المضاد :

إذا افترضنا أن العميل يمكنه الاسترخاء وتخيل المناظر ، فإن الخطوة التالية هى الإشراط المضاد الفعلى . ومن الضرورى قياس مقدار القلق المستثار فى كل خطوة . ويكون ذلك إما من خلال مقاييس فسيولوجية أو من خلال تقارير ذاتية . وعادة يطلب من العميل أن يرفع أصبع يده اليمنى حتى يحس بالقلق أو يستجيب برفع أصبعه عن أسئلة المعالج عن مقدار القلق (تقديره بوحدات الساد) . والفقرة الأولى تكون محايدة . فإذا ما رفع العميل أصبع يده اليمنى ، فإن ذلك يشير إلى أن هناك شيئا يثير قلقه ويتعين بحث الأمر ، ثم ينتقل إلى الخطوة الأعلى منها قليلا وهى أقل الخطوات

إثارة للقلق . ويطلب من العميل عادة أن يرفع أصبع يده اليسرى حين يبدأ فى تخيل المنظر والذى يتعين أن يستمر تخيله له دون قلق لمدة لا تقل عن ١٠ ثوان منذ رفع أصبع يده اليسرى وبدون رفع أصبع يده اليمنى . فإذا ما رفع هذا الأصبع الأخير يطلب منه التوقف عن تخيل المنظر المعين والاسترخاء عن طريق تخيل منظر سار له شخصيا . ولا ينتقل العميل إلى المنظر التالى فى الهيراركية قبل أن يتمكن العميل من تخيل المنظر مرتين على الأقل دون رفع أصبع يده اليمنى والاسترخاء لفترة وجيزة بين المرتين . ويمكن إزالة الحساسية عن طريق انقاص تقدير القلق بمقدار دال (مثلا من ٤٠ إلى ١٥ ساد) وليس إلى الدرجة صفر قبل الانتقال إلى الخطوة التالية . بل قد يكفى فى بعض الحالات إنقاص القلق فى كل فقرة بنسبة ٥٠٪ . ويختلف طول جلسات الإشراط المضاد وعدد الجلسات اختلافا كبيرا من عميل لآخر . فقد تكفى جلسة واحدة تستمر عدة ساعات مع عميل ولكن من الحكمة الابتداء بجلسات قصيرة (من ١٥ إلى ٣٠ دقيقة) ، والتدرج إلى جلسات أطول (٤٥ إلى ٦٠ دقيقة) مع عقد جلستين فى الاسبوع – ومن الأفضل إنهاء الجلسة بمنظر ناجح وابتداء الجلسة التالية بمنظر سابق لهذا المنظر الأخير ، أى أقل إثارة للقلق . وفى كل الحالات يمكن التنقل صعودا وهبوطا بقدر من المرونة للمحافظة على انتباه واهتمام العميل ومع الاهتداء بإرجاع الأثر من العميل .

وبعد الانتهاء من كل الهيراركية باستخدام مناظر متخيلة يطلب من العميل أن يعرض نفسه لفقراتها فى مناظر حية . فمثلا ، إذا كان يخاف الطيران فقد يطلب منه قيادة سيارته إلى باب المطار . وقد يعين أحيانا استخدام العقاقير فى المرحلتين ولكن يتعين التخلص منها تدريجيا . وفى الحالات التى يصعب فيها على العميل تخيل المناظر ، يمكن تدريبه باستخدام مناظر محايدة أو تقديمها من خلال التنويم المغناطيسى . فإذا لم يمكن ذلك يمكن استخدام الشرائح أو أشرطة الفيديو أو المنبهات الحية . كما أنه قد يكون من الضرورى أن يطلب من العميل وصف المنظر الذى يتخيله للتأكد من مطابقته لما هو عليه فى الهيراركية . وإذا وجد العميل صعوبة فى الاسترخاء أمكن الاستعانة بالعقاقير أو بالتنويم أو استخدام مضاد آخر للقلق غير الاسترخاء .

إزالة الحساسية الجماعية :

يمكن استخدام إزالة الحساسية فى الجماعة بشرط أن تكون الهيراركية مشتركة بين كل أعضاء الجماعة ، كأن يكون الخوف عاما مثلا ، ونوعيا وغير معقد بمشكلات سيكولوجية أخرى . ويراعى أن يتناسب معدل الحركة فى الهيراركية مع حاجة أبطأ الأعضاء ، فلا تنتقل الجماعة إلى فقرة قبل إزالة حساسية الجميع نحو الفقرة السابقة . وقد طبق لازاروس وغيره هذا الأسلوب فى علاج الأكروفوبيا (الخوف من المرتفعات) والكلاستروفوبيا (الخوف من الأماكن المغلقة) والمخاوف الجنسية ، كما طبق فى علاج الخوف من مخاطبة الجمهور ومن العناكب .

ميكنة إزالة الحساسية :

وهى تتم باستخدام أشرطة التسجيل للهيراركية ولتعليمات الاسترخاء وممارسة العميل لها بمفرده فى منزله أو فى جماعة . وقد أعد لانج وزملاؤه (١٣ ص ٥٨) أداة تستخدم فى إزالة الحساسية أوتوماتيكيا تسمى DAD(*) . وتقدم على أشرطة تعليمات التنويم والاسترخاء وفقرات الهيراركية .

إزالة الحساسية الذاتية :

وتستخدم فيها أساسا التسجيلات الصوتية ولكنها تضيف دليلا مكتوبا . وينفذ العميل كل الخطوات المطلوبة . وقد يعاونه المعالج فى البداية فى إعداد الهيراركية . وتشير النتائج إلى أنها لا تقل فعالية عن العلاج الفردى .

وفى تقدير مكيولاس (١٣ ص ٥٨) تشير هذه الطرق السابقة إلى أن علاقة فرد بفرد فى العلاج ليست شرطا ضروريا .

القلق الهائم :

وهو القلق الذى يصعب فيه تعيين مواقف منبهة تستثير القلق ، بل يكون العميل قلقا معظم الوقت . فإذا لم يكن ذلك راجعا إلى عوامل عضوية ، فإنه يفيد

* الحروف الأولى من: device for automated desensitization .

التأكيد على الضبط الذاتى العام للقلق . وقد يستعان فى البداية بالعقاقير لتيسير الاسترخاء . ويقترح كوتيلا (١٣ ، ص ٥٩) الخطوات التالية فى هذه الحالات : (١) طمأنة العميل على استعداد المعالج لتقديم المساعدة . (٢) إزالة الحساسية للمفاهيم المجردة المرتبطة بالقلق (مثلا : الناس أو المسئولية) . (٣) الاسترخاء « الحى » ، فيتعلم العميل كيف يسترخى فى المواقف التى تسبب القلق . (٤) التدريب على تأكيد الذات فى المواقف التى يكون فيها سلبيا بصورة غير مناسبة .

إزالة الحساسية الاتصالية : Contact Desensitization

وهو منهج يجمع بين إزالة الحساسية فى مواقف « حية » وبين النمذجة ، ويسمى أحياناً « النمذجة المشاركة » أو « النمذجة مع المشاركة الموجهة » . والجمع بين إزالة الحساسية والنمذجة يزيد من قوة تأثير هذا المنهج الذى أعدته ريتر Ritter ويتكون من ثلاث خطوات رئيسية هى : (١) يلاحظ العميل النموذج يقترب من موضوع الخوف . (٢) يساعد النموذج العميل فى الاقتراب من الموضوع . (٣) يتوارى النموذج تدريجيا كلما زاد اقتراب العميل من موضوع الخوف ، وقد طبقت ريتر هذا الأسلوب فى علاج طالبة كانت تخاف من تشريح الحيوان فى دراستها الجامعية ، وفى مواقف عديدة متنوعة ، ولكن يعيبه أنه لا يصلح فى المواقف التى لا يمكن نمذجتها مثل الخوف من الولادة .

استخدامات شائعة للتخلص التدريجى من الحساسية :

أمكن استخدام التخلص التدريجى من الحساسية فى علاج حالات أخرى غير المخاوف المرضية ومنها الغسل المتكرر القهرى للأيدى خوفا من التلوث بالبول . وقد عالج فولبى هذه الحالة باستخدام هيراركية من البول المتزايد تدريجيا فى التركيز . وكذلك عولجت حالات من التهتهة عن طريق فك إشراط القلق المرتبط بالمواقف الكلامية . كما عولجت بعض المشكلات الجنسية وعدد من الاضطرابات السيكوفسيولوجية ، والقلق من التحدث أمام الجمهور والمخاوف المدرسية والقلق من الكوارث والإسهال والقلق فى مواقف الامتحان والاختبار .

وقد اقترح البعض « إزالة الحساسية السيما نطيقية » Semantic Desensitization وفيها يدرب العميل على الاستجابة بكلمات إيجابية لكلمات تنبيه

معينة مثل عنكبوت أو ثعبان ، وذلك بقصد إزالة الكلمات أو الصور السلبية الشرطية التى ارتبطت بالمنبه المستهدف كما استخدم لعب الأدوار بدلا من المناظر المتخيلة والشرائح المصورة .

وعلى العموم يمكن استخدام « التخلص التدريجى من الحساسية » فى الحالات التى يمكن فيها تمييز الظروف السابقة المثيرة للقلق . إلّا أن هناك حالات أخرى لا يكفى فيها « التخلص التدريجى من الحساسية » وحدها لعلاجها . وهى الحالات التى يكشف التحليل السلوكى لها عن وجود عوامل بيئية عديدة ومتنوعة تبقى على القلق وتدعمه . فمثلا ، قد تتأصل التهتهة بوصفها عادة . وقد يتطلب الأمر الاستعانة بإعادة التدريب على العادات الكلامية الصحيحة . وكذلك الخوف من الأماكن المفتوحة (آجورافوربيا) وهى تنتشر بين ربات البيوت اللائى يتولى أفراد العائلة فيها القيام بمتطلبات الخروج من المنزل للتسوق مثلا . فيدعم مثل هذا السلوك المثيب المخاوف المرضية لدى ربة البيت . ويتطلب العلاج فى هذه الحالات بالإضافة إلى التخلص التدريجى من الحساسية علاجا دوائيا باستخدام مضادات الاكتئاب «Monoamine Oxidase Inhibitors (MAO) أو Tricyclic Antidepressants (TCA)»

والتعاقد السلوكى الذى يتضمن علاجا سلوكيا للعائلة لإعادة بناء شبكة مدعمة داخل العائلة لإثابة السلوك التوافقى .

ومن الأساليب الحديثة البديلة لإزالة الحساسية فى علاج القلق أسلوب « **التدريب على مهارات الوقاية من الضغوط** » **Skills - Oriented Stress Inoculation Training** وقد ابتكره ميشينباوم وزملاؤه (١٢) . ويشتمل الأسلوب على أساليب تربوية وتمارين وما يرتبط بها من أساليب تهدف إلى إكساب المريض البصر بالسلوك الذى يتسم بالتوافق اللاسوى . ويتميز هذا الأسلوب بأنه يؤكد على المهارات العامة بعكس الأساليب التقليدية التى تؤكد على المهارات المرتبطة بموقف معين .

ويثور الجدل حول طبيعة الميكانيزم المسئول عن التغير السلوكى بفعل التخلص التدريجى من الحساسية وذلك رغم أن السلوكيين ينقسمون إلى فئتين فى النظر إلى

الموضوع بعامة . فالبعض ينظر إلى « الشرح » بإنه فرضية تقبل أو ترفض على أساس التجربة . وأن معرفة السبب يأتى فى مرتبة من الأهمية تلى معرفة ما إذا كان أسلوب ما فعالًا ومع أى الناس وأى أنواع السلوك وفى يد مَن مِن المعالجين وبأى نمط من هذه المتغيرات السابقة يمكن التنبؤ بأكبر قدر من النجاح – إلّا أن البعض الآخر من السلوكيين يحاول فهم الميكانيزمات العلاجية على أمل إمكان تحسين الإفادة منها . والمرجح أن كلا من المنهجين يكمل الآخر .

ويرى فولبى أن تأثير التخلص التدريجى من الحساسية يكون من خلال الإشراط المضاد ، ذلك أنه إذا أمكن أن نجعل استجابة مضادة للقلق تحدث فى حضور منبه مثير للقلق بحيث يصاحبها قمع كلى أو جزئى لاستجابات القلق ، فإن الروابط بين هذه المنبهات واستجابات القلق سوف تضعف . ويرى البعض أن فعالية الإجراء ترجع إلى الانطفاء وليس إلى الإشراط المضاد ، وإلى تعلم استجابة بديلة وليس إلى كف شرطى ، أو أنها قد ترجع إلى تدعيم إجرائى . ورغم أن محصلة الأدلة ترجح كفة نموذج الإشراط المضاد ، إلّا أنه يصعب القطع بشرح نهائى فى الوقت الحاضر . ويرى البعض الآخر إن نتائج التخلص التدريجى من الحساسية قد ترجع إلى متغيرات بعيدة عن الإشراط ، مثل متغير العلاقة العلاجية بوصفه المتغير الهام المخفف للقلق وليس الأسلوب المعين المستخدم . ولكن عددا كبيرا من البحوث أوضح أن استخدام التخلص التدريجى من الحساسية بصورة آلية دون تواجد المعالج يكون فعالا بنفس القدر الذى تستخدم به مع وجود المعالج . وقد يحاول البعض على أساس أنه حتى فى تجربة لا يوجد فيها معالج ، فإن المريض يتحدث فعلا إلى شخص ما ، وأن « علاقة » كافية قد تكونت بحيث قد يؤدى ذلك إلى نتيجة إيجابية بالإضافة إلى توقعات عالية ، ولكن جولدشتين (٧ ، ص ٢٣٢) يرى أن الدراسات التى أوضحت ضرورة إدخال كل العناصر المطلوبة للإشراط تلقى ظلالا من الشك على صدق مثل هذه الفرضية ، ورغم أن عددا قليلا من الدراسات قد أوضح أن مجرد تقديم « المناظر » دون أن يصاحبه استرخاء أو منبهات الإشراط المضاد الأخرى ، قد أدى إلى تناقص الخوف ؛ فإن الغالبية الكبرى من الدراسات قد أوضح أنه يمكن الحصول على نتائج أفضل باستخدام الإشراط المضاد . ومن ذلك تجربة قام بها راشمان أوضحت أن الجمع بين التخلص التدريجى من الحساسية والاسترخاء قد أدى إلى نتائج أفضل من تلك التى حصلت عليها المجموعات الثلاث الأخرى (الضابطة ،

التخلص التدريجي من الحساسية دون استرخاء ، استرخاء فقط) . ومن المعقول افتراض أن كل الأفراد يحصلون على نفس الدرجة من العلاقة والتوقع ، ولذلك فإنه يمكن استنتاج أن الإشراط هو فعلا العنصر الفعال فى تعديل الاستجابات .

ويرى البعض أن تأثير الاسترخاء واستخدام الهيراركية يتمثل فى تشجيع العميل على التعرض للمنبهات المخيفة . فإذا صح ذلك أمكن استخدام حوافز أخرى لهذا الغرض مثل المال أو الثناء . وهذا هو ما حدث فعلا فى بعض التجارب التى كوفىء فيها العميل لمواجهته المنبه المخيف . وثمة نظرية أخرى ترى أن إزالة الحساسية هى صورة من صور تعلم الضبط الذاتى والمهارة العامة لمجابهة مواقف القلق . أى تعلم العميل كيف يحس بالقلق وكيف يتحول عنه إلى حالة من الاسترخاء . ودور الهيراركية هو فى تهيئة الممارسة المتدرجة فى الضبط الذاتى . ولذلك يحسن التأكيد خلال إزالة الحساسية على الضبط الذاتى وليس على مجرد الإشراط المضاد .

ومهما كان تفسيرنا لتأثير الاسترخاء ، فإنه أسلوب يمكن الاستعانة به فى حد ذاته فى مواجهة مصاعب الحياة من مخاوف وعجز عن النوم بسهولة . بل أن الكثير من المشكلات الفسيولوجية مثل البرد والقرحة والسرطان ترتبط بالضغوط التى يخبرها الشخص وكيف يتعامل مع هذه الضغوط .. وفضلا عن تهدئة الاسترخاء للفرد ، فإنها تظهر له أن بيده أداة قوية تعطيه الشعور بأن فى مقدوره أن يفعل شيئا . ولذلك فإن الكثير من البرامج العلاجية تعلم العميل طرق الاسترخاء فى مرحلة مبكرة واستخدامها بوصفها مهارة ضبط ذاتى . ويتعلم العميل كيف يحس بأنه على وشك أن يواجه القلق . وكيف يسترخى بدلا من ذلك فى مواجهة صراع التوتر والحركات العضلية العصبية والانحرافات الناشئة عن القلق فى الفكر والإدراك وعلاج الأرق . كما يمكن أن يقلل استخدام الاسترخاء من مشكلات متنوعة مثل العض اللاشعورى على اللسان ، والتجعيد الزائد للوجه . الخ . ويمكن للفرد أن يتعلم « الاسترخاء المحكوم بالمهديات » وفيه يربط الفرد عند استرخاء عضلاته والتركيز على التنفس بين كلمة مثل « هدوء » وبين حالة الاسترخاء ، وهكذا يمكن للفرد أن يستخدم هذه الكلمة لتهديه إلى حالة الاسترخاء . والتنويم المغناطيسى ييسر الاسترخاء فضلا عن أنه يحسن تخيل المناظر المطلوبة طبقا للبرنامج العلاجى إذا كان ذلك جزءا منه . ولكن تأثيره يختلف باختلاف العملاء ، وقد يتضمن مخاطر للمعالج غير المدرب .

والتدريب الذاتى الأصل Autogenic Training صورة من التدريب على الاسترخاء تشبه الإيحاء الذاتى ، وتتضمن الإيحاء للذات بعبارات مثل « جبهة رأسى باردة » أو « قلبى يدق بهدوء وانتظام » . ويمكن أن يتزاوج هذا التدريب تماما مع إرجاع الأثر البيولوجى . ويتزايد فى السنين الأخيرة استخدام « التأمل » فهو ييسر الاسترخاء ، ويفيد عندما يحتاج العميل إلى تعلم هدوء النفس (مثلا فى حالة الأرق) أو اكتساب منظور أوسع عن حياته .

إجراءات أخرى للإقلال من القلق :

الإغراق (الغمر) : Flooding :

وهو إجراء يتطلب أن يواجه المريض الموضوع المثير للقلق فى أعلى درجاته ولفترات زمنية طويلة ، مما ينتج عنه إغراقه بالقلق . وقد يتم ذلك على مستوى التخيل، كما هو الأمر فى التخلص التدريجى من الحساسية ، إلّا أن النتائج تكون أحسن باستخدام المواقف الفعلية . فمثلا ، قد يؤخذ المريض إلى سطح مبنى شاهق الارتفاع ويطلب منه أن يبقى هناك إلى أن تخف حدة القلق وقد تتراوح هذه الفترة من ٥ إلى ٢٥ دقيقة تبعا لخصائص المريض وتاريخ الاضطراب . وفى الجلسة التالية التى يحسن أن تكون بعد يوم أو اثنين يتوقع أن يقل القلق فى البداية وأن تقل المدة المطلوبة ثم تتكرر الجلسات على فترات أطول لتجنب الانتكاس . ومن الضرورى عدم إنهاء العلاج قبل الوقت المناسب حتى لا يتدعم الخوف المرضى . ويتطلب الأمر عادة عددا من الجلسات يتراوح من ٥ إلى ٢٠ . وقد وجد أن ساعتين من الإغراق تقلل من الأجورافوبيا بقدر أكبر مما تحدثه أربع جلسات كل منها نصف ساعة .

ويلاحظ أن أسلوب الإغراق يقوم على أساس الإنطفاء التجريبى ، وهو يختلف عن التخلص التدريجى من الحساسية من حيث إنه لا يستخدم فيه الإشراط المضاد مثل الاسترخاء ، ومن حيث إنه لا يتطلب معالجة المنبهات المثيرة للخوف فى أسلوب هيراركى .

ويشير عدد من البحوث إلى نجاح أسلوب الإغراق فى علاج اضطرابات الوسواس – القهر والأجورافوبيا ، ويتطلب الأسلوب أساسا حصول المعالج على أكبر قدر من المعلومات عن المواقف التى تستثير قلقا غير ملائم . ففى حالة الأجورافوبيا

مثلا ، قد تقرر المريضة أنها تحس بالقلق حين تغادر المنزل بمفردها وأن حدة القلق تشتد فى المواصلات العامة وفى المصاعد وفى الزحام . وهى تخشى أن يغمى عليها وأن الناس سوف يظنون أنها « مجنونة » وقد ترسل إلى مصحة ولن يرعى أحد أطفالها ، الخ .. يطلب المعالج من المريضة أن تغمض عينيها وأن تتخيل بصورة حية قدر الإمكان ما تصفه دون أن تفكر فيه أو تحكم على درجة مواءمته لموقفها ويبدأ المعالج بأن يصف بتفصيل حى العواقب ابتداء من استعداد المريضة لمغادرة منزلها بمفردها ، ويستمر متتبعا ما يلى ذلك من أحداث . وهو يهتدى فى ذلك باستجابات المريضة . فكلما زاد قلقها استنتج أن وصفه يحقق الهدف المقصود ، كما أنه يعدل من اجراءاته مهتديا بما قد يستنتجه من استجابات أو تعبيرات المريضة . وقد يكرر المعالج نفس الموضوع طالما أنه يستثير القلق والعدد الضرورى من الجلسات طالما أن المريض يقرر أن القلق يتناقص من جلسة لأخرى ، وطالما أن المريضة تحاول الاعتماد على ذاتها والتحرر من القلق . وقد يجمع فى نفس الوقت بين الاغراق واستخدام مادة مهدئة مثل Thiopental أو Carbon Dioxide . ويعنى ذلك بالطبع استخدام إشراط مضاد بالإضافة إلى الإنطفاء .

وقد عولجت مريضة كانت تخشى التلوث من الكلاب مما اضطرها إلى تغيير مسكنها فى لندن خمس مرات فى ثلاث سنين ، وكانت تغسل يديها على الأقل ٥٠ مرة فى اليوم وتلقى بعيدا بكميات من الملابس الملوثة وبخاصة الأحذية . وتقوم بتنظيف كل منزلها كل يوم بما فى ذلك الستائر والسجاد والأرضيات والأرفف . وقد تضمن العلاج تلويثا كاملا لبيئتها فى المستشفى العلاجى وجولات تسويقية فى المناطق التى كانت تتجنبها فى المدينة ومنع استجابة الاغتسال الزائد . وقد أمكن فى نهاية العلاج أن تتخلص من الإغتسال الزائد وغيره من الطقوس ولكن كانت تراودها بعض الأفكار عن التلوث ، وفى حالة أخرى عولجت امرأة من كراهية ونفور شديدين لكل النساء الحوامل نتيجة خبرة مؤلمة بوفاة جنينها . وقد تكون العلاج من جلستين من الإغراق استغرقت كل جلسة ساعة ونصف أطفأتا كراهيتها وخوفها .

ويستخدم الإغراق بوصفه مكونا فى إجراءات علاجية تنتمى إلى مدارس مختلفة ومنها بعض جوانب جماعة الملاقاة والعلاج الجشتالتى ويحدث ذلك حين يواجه العملاء باستمرار بمواقف وذكريات وانطباعات وفقد من جانب الآخرين أو أى مصدر آخر للقلق لا يسمح لهم بالهروب منه بدنيا أو سيكولوجيا – وغالبا ما

يصاحب ذلك استجابات انفعالية قوية من جانب العميل ، يفسر بعضها فى التحليل النفسى بوصفه تفريغا انفعاليا ، أى انقاص التوتر الانفعالى بسبب إعادة معايشة الخبرة التى سببت التوتر . وقد يصاحب الإرهاق الانفعالى ما يفسر على أنه ذكريات طفولة مبكرة أو خبرة دينية أو ميتافيزيقية إلّا أن بعض الباحثين يفسرونها على أنه إذا استثيرت انفعالات شخص إلى حد شاذ من الغضب أو الخوف أو الإثارة ، وإذا استمر هذا الظرف لفترة فقد يصبح الشخص أكثر انفتاحا للإيحاءات باعتقادات جديدة وسلوك جديد .

التعرض المتدرج : Graded Exposure

رغم كفاءة وفعالية الغمر ، إلّا أن مرضى كثيرين يرفضونه لما يسببه من شعور بعدم الراحة كما أنه قد يكون من غير الحكمة الاستعانة بهذا الأسلوب فى الحالات التى يشكل فيها خطرا غير مأمون العواقب ، ومنها حالات أمراض القلب أو الحالات الشديدة الاضطراب سيكولوجيا والتى قد يفجر فيها استخدام الأسلوب الذهان . والبديل الأكثر فعالية للغمر مع تجنب استثارة قلق شديد هو « التعرض المتدرج » وهو مثل الغمر ، إلّا أن موضوع الخوف المرضى أو الموقف الذى يستثير الخوف يقترب منه خطوة خطوة ، وهو على عكس « التخلص التدريجى من الحساسية » لا يتطلب تدريبا على الاسترخاء ، كما أن العلاج يتم عادة فى مواقف الحياة الفعلية . فمثلا ، إذا كان المريض يحس بالراحة فى الدورين الأول والثانى من مبنى مرتفع ، ولكنه يحس شيئا من عدم الراحة فى الطابق الثالث ، فإنه يطلب منه الانتقال إلى الدور الثالث والبقاء فيه فترة إلى أن يحس بالراحة التامة ، ثم ينتقل إلى الدور الرابع ربما فى نفس الجلسة أو بعد تكرار البقاء فى الطابق الثالث عددا من المرات ، وهكذا إلى أن يشعر بالراحة التامة فى قمة المبنى المرتفع . وتزداد احتمالات نجاح العلاج إذا صاحب المعالج أو أحد مساعديه المريض فى المراحل الأولى من العلاج . ذلك أن الشعور بالأمن والأمان والهدوء والوقاية التى يحس بها المريض فى وجود المعالج ، أى العلاقة العلاجية ، قد يكون لها دور هام فى الإشراط المضاد لاستجابات القلق . إلّا أنه من المهم أن يتحرر المريض بعد ذلك من الحاجة إلى الاعتماد على وجود المعالج . وهكذا بتقدم العلاج يمكن للمريض أن يواجه المواقف الأقل استثارة للقلق بمفرده وبصورة منتظمة . فمثلا ، إذا استطاع المريض البقاء دون قلق فى الدور الثامن مع

المعالج ، فقد يطمئن إلى البقاء فى الدور الخامس بمفرده كل يوم فى فترة الغذاء مثلا . وييسر ذلك انتقال التأثير إلى مواقف الحياة دون وجود المعالج .

إجراءات أخرى :

القلق هو أكثر الاستجابات الإنفعالية شيوعا التى يجرى لها إشراط مضاد ، والاسترخاء هو أكثر الاستجابات غير المنسجمة مع القلق شيوعا فى استخدامها فى الإشراط المضاد للقلق . وإزالة الحساسية هى أكثر الطرق شيوعا للإشراط المضاد للقلق مع الاسترخاء . إلّا أن استجابات كثيرة أخرى لا تنسجم مع القلق يمكن استخدامها فى الإشراط المضاد له ، ومنها الضحك والسلوك التأكيدى والغضب والاستجابات التى يمكن أن تستثيرها الموسيقى والأكل والتخيل الإنفعالى والتنفيس التنفيرى . ويستعان بهذه الاستجابات غير المنسجمة مع القلق حين يصعب على العميل الاسترخاء ، أو لقوة الاستجابة الأخرى لدى العميل ، أو لأن الاستجابة الأخرى هى التى تحتاج إلى أن تقوى بصورة مستقلة : وقد أمكن استخدام الضحك لعلاج حالة قلق لدى فتاة ترتبط بلقاء حبيب سابق لها فى حفل مرتقب وباستخدام هيراركية مختصرة . ولكن ذلك يتطلب أن يكون الفرد مستعدا لتعلم الضحك على نفسه أو على الموقف ، وأن يغير العميل الموقف فى خياله لتيسير جعله مثيرا للضحك ، وكذلك استخدم الغضب بأن يتصور العميل منظرا مثيرا للقلق يستجيب له بالغضب والألفاظ الغاضبة والنشاط العضلى العنيف .. كما استخدمت الموسيقى لعلاج قلق لدى شاب كان يصعب عليه الاسترخاء ولكنه كان لاعب جيتار وتستثيره موسيقى معينة ، وكان يطلب منه تخيل نفسه يلعب الموسيقى . ونحن نعلم أن جونز استخدمت الطعام فى الإشراط المضاد للخوف من الأرنب لدى بيتر طفل الثالثة من العمر .

التخيل الانفعالى : Emotive Imagery

وهو إشراط مضاد للقلق بصور تستثير الانفعالات مثل الكبرياء والفخر والوجدان وتأكيد الذات ، وهو يتداخل مع المناهج الأخرى للإشراط المضاد . وقد استخدم أساسا مع الأطفال الذين يصعب عليهم الاسترخاء . ويمكن مع الراشدين الجمع بينه وبين إزالة الحساسية . وقد استطاع لازاروس وآبراموفيتز مبتكرا

الأسلوب ، علاج الخوف من الظلام لدى طفل فى سن العاشرة عن طريق تخيله قصة عن نفسه فى مواقف متضمنة وأبطال المسلسلات التى يحبها مثل « سوبرمان » و « كابتن سيلفر » على أن تتزايد هذه المواقف تدريجيا فى مقدار الظلام فيها . وقد استطاع هذا الطفل فى نهاية الجلسة الثالثة تخيل نفسه دون قلق فى حجرة الحمام والأنوار كلها مطفأة فى انتظار رسالة من السوبرمان . وقد أنهى العلاج الخوف من الظلام بل وتحسين أداء الطفل فى المدرسة وقل شعوره بعدم الأمن .

التنفيس التنفيرى : Aversion Relief

ويشير إلى إبعاد حدث منفر مثل الصدمة الكهربائية . ويمكن الجمع بين هذا التحرر من التنفير – وهو أمر يفترض أنه سار – وبين كلمة مثل « هدوء » أو يستخدم فى أشراط مضاد للقلق عن طريق مزاوجته بموقف قلق . وهناك « التحرر التنفسي » وفيه يحبس الفرد تنفسه ثم يبدأ فى التنفس حين يقدم له موقف يستثير القلق .

وتكتشف كل يوم طرق جديدة للإشراط المضاد للقلق . ومن ذلك أن امرأة ضاقت بسخرية الناس منها وسبهم لها مما دفعها إلى الشجار المستمر . وقد تضمن علاجها أن تتخيل نفسها تضحك على الشخص الذى يسبها . وتنطبق كل الطرق السابقة المستخدمة فى الإشراط المضاد للقلق على الاستجابات الانفعالية الأخرى مثل الغضب والغيرة والإحباط ، بل والتعصب ضد السود . (١٣ ، ص ٤٠) .

العلاقة بين إجراءات خفض القلق :

يتضمن التخلص التدريجى من الحساسية تدريبا على الاسترخاء ويجرى على مستوى التخيل ، أما الغمر والتعرض المتدرج والنمذجة المشاركة المتدرجة فهى لا تشمل الاسترخاء ، وقد تجرى على مستوى التخيل أو فى الواقع . وقد يبدو أن هذه الإجراءات متعارضة ، إلّا أن هناك عنصرا مشتركا بينها وهو عنصر حاسم فى فعاليتها ، وذلك أنها تتضمن كلها تعرضا فى الخيال أو فى الواقع لموقف يستثير القلق دون تجنب أو هروب . ويشير ذلك إلى وجود عملية سلوكية أساسية هى « الانطفاء » Extinction ، أى الاستثارة المتكررة لاستجابة شرطية (قلق) دون

تدعيم عن طريق التجنب أو الهروب ، مما يؤدى إلى تناقص حالة القلق . وقد تعمل عوامل أخرى فى هذه المواقف ومنها تشجيع وتدعيم المعالج لإصرار العميل على بذل الجهد ، وما يحققه المريض من ارتفاع فى « تقدير الذات » بالإضافة إلى الدور الذى يلعبه إرجاع الأثر المستمر للتقدم . وهنا قد يثار السؤال عن محكات المفاضلة بين هذه الإجراءات . أول المحكات بالطبع هو خبرة المعالج بالأسلوب المعين ، ثم ملاءمة الأسلوب لمريض معين . فالغمر مثلا هو عادة أكثر الأساليب فعالية وسرعة ولكنه قد يكون غير ملائم إما لرفض العميل أو لأسباب طبية . وتشير البحوث والخبرات إلى أن استخدام المواقف الفعلية أكثر فعالية من التخيل ، إلّا أن ذلك قد لا يكون ميسورا فى بعض الحالات مثل الخوف من الطيران . وفى هذه الحالات ، قد يستعان باستخدام الشرائح المصورة والتسجيلات الصوتية إلى أن يكتسب المريض ثقة بنفسه ، فيبدأ المعالج فى استخدام رحلات جوية قصيرة المدى . ويستحسن الاستعانة بالتخلص التدريجى من الحساسية فى الحالات التى يكون فيها الاضطراب مصحوبا بمكون سيكوفسيولوجى ، وهكذا فإن الاسترخاء يفضل فى علاج حالات التهتهة وعسر الطمث والربو (٢٥ ص ١٣٦٩) ، والاضطرابات المشابهة التى يكون فيها التوتر العضلى الزائد والاستثارة الانفعالية أجزاء من الحالة الباثوفسيولوجية .

الفصل الرابع

الإشراط الإجرائي

الإشراط الإجرائي

يقوم الإشراط الاستجابي (الكلاسيكي) على أساس الارتباط بين المنبهات ، وعلى العكس منه يتناول الإشراط الإجرائي التعلم والتغيرات الدافعية التي تقوم على أساس الأحداث التي تلي السلوك وتكون بعامة نتيجة للسلوك . فالعامل يتناول أجره بعد عمل لعدد معين من الساعات ، والطالب يحصل على درجة على اختبار نتيجة إنجاز في مستوى معين . والطفل يزجر لاستخدامه ألفاظا معينة . في هذه الحالات تقوم علاقة مشروطة بين الشخص (العمل عددا من الساعات ، الحصول على درجة في اختبار ، استخدام كلمات معينة) وبين حدث ناتج مشروط (أجر ، درجة ، زجر) . والإشراط الإجرائي هو نموذج التعلم القائم على أساس تأثيرات على السلوك للأحداث المشروطة وتعلم طبيعة العلاقة المشروطة . فإذا ما أدى الحدث المشروط إلى أن يزيد احتمال أن يسلك الشخص بطريقة مشابهة في موقف مشابه ، فإن الحدث يسمى مدعما . فمثلا ، قراءة الوالدين قصة للطفل حين يرفض الذهاب لفراشه والنوم قد تصبح مدعما لبكاء الطفل . ومن الناحية الأخرى ، إذا أدى الحدث المشروط إلى إنقاص احتمال وقوع السلوك فإن الحدث يسمى عقابا . فالخدمة السيئة في بنك مثلا تصبح عقابا يؤدي إلى أربعة احتمالات : تدعيم إيجابي ، تدعيم سلبي ؛ عقاب إيجابي ، وعقاب سلبي .

التغيرات في الحدث المشروط

التغيرات في احتمال حدوث السلوك	نقص	زيادة
زيادة	تدعيم سلبي	تدعيم إيجابي
نقص	عقاب سلبي	عقاب إيجابي

شكل (١) : تأثيرات الأحداث المشروطة (١٣ ، ص ٧٨)

التدعيم الإيجابى :

هو زيادة احتمال حدوث سلوك نتيجة زيادة فى الحدث المشروط . مثال : زيادة عدد الموظفين الذين يقدمون تقاريرهم فى مواعيدها بعد أن بدأ المدير الجديد توجيه الثناء على من فعل ذلك .

التدعيم السلبى :

زيادة احتمال حدوث سلوك نتيجة نقص فى الحدث المشروط . مثال : تعلم الشخص استخدام مهارات الاسترخاء للتخلص من القلق مع نقص القلق يعمل بوصفه مدعما سلبيا ؛ أو عميل فى إشراط مضاد تنفيرى يرغم على التخلى عن تدخين السجائر بتأثير المدعم السلبى لنفث الدخان الساخن فى وجهه بواسطة آلة . أى أن التدعيم السلبى يقوم على أساس إنقاص شىء غير مرغوب مثل الألم أو القلق . والتدعيم السلبى ليس عقابا ، بل هو زيادة احتمال وقوع السلوك بينما يكون العقاب هو نقص احتمال وقوع السلوك . وهو أساس الإشراط الهروبى ، أى تعلم الهرب من موقف تنفيرى وتدعيمه من خلال نقص التنفير . فمثلا يتعلم الفرد مغادرة منزل جاره إذا بدأ هذا الجار يفقد صوابه وحكمة التصرف بتأثير الكحول . وقد يؤدى الإشراط الهروبى إلى إشراط تجنبى يتعلم فيه الشخص تجنب الموقف المنفر ، كأن يتجنب الفرد الذهاب إلى منزل جاره فى المثال السابق . وقد يتجنب السياسيون اتخاذ قرارات صعبة مطلوبة خشية وقوع اضطرابات .

العقاب الإيجابى :

وهو نقص احتمال حدوث سلوك نتيجة زيادة فى الحدث المشروط . وهذا هو ما يعنيه معظم الناس حين يستخدمون كلمة « عقاب » . فإذا أعطى مدرس الجبر مثلا للتلميذ واجبات منزلية إضافية فى كل مرة يشكو فيها التلميذ من أنه لا يستطيع متابعة الدراسة فى هذه المادة ، فإن هذه الواجبات تعمل بوصفها عقابا يؤدى إلى تناقص طلب المساعدة .

العقاب السلبى :

وهو نقص احتمال حدوث السلوك نتيجة نقص الحدث المشروط . وهو يعادل نقص شيء مرغوب بعد وقوع سلوك ما . فمثلا ، إذا تهته شخص فى كل مرة يقطع فيها عرض شريط سينمائى كان يشاهده ويصفه وأدى ذلك القطع إلى إنقاص التهتهة ، فإن وقف عرض الفيلم يعمل بوصفه عقابا سلبيا على التهتهة .

ويوضح الشكل (١) الأنواع الأربعة من الأحداث المشروطة . ويلاحظ أن وقوع أو وقف نفس الحدث قد يعمل بصورة مختلفة طبقا للسلوك المشروط عليه . فإذا كان وقوع حدث سار ينتج تدعيما إيجابيا ، فإن منعه ينتج غالبا عقابا سلبيا . وإذا أنتج وقوع حدث منفر عقابا إيجابيا فإن منعه سوف ينتج غالبا تدعيما سلبيا . ولهذا السبب نخلط أحيانا بين التدعيم السلبى والعقاب .

خط الأساس :

إذا سجلنا احتمالات حدوث سلوك معين ، مثلا كم مرة يحدث هذا السلوك قبل أن نستخدم واحدا من الأنواع الأربعة السابقة من التدعيم ، فإن هذا الاحتمال الأول يسمى خط الأساس baseline . والإشراط الإجرائى هو إقامة علاقة مشروطة بين السلوك والحدث تغير من احتمالات حدوث السلوك بعيدا عن خط الأساس . فإذا ما أنهينا العلاقة الإجرائية ، فإن السلوك سوف يعود إلى مستوى خط الأساس . وهى العملية المسماة « الانطفاء » . وهكذا ، فإن تدعيم السلوك يزيد من احتمالات وقوعه بعيدا عن خط الأساس ، بينما يطفيء وقف التدعيم السلوك ويرجع به إلى خط الأساس . فتوقيع عقوبة على سلوك ينقص من احتمالات حدوثه بعيدا عن خط الأساس ، بينما يسمح وقف العقاب للسلوك بأن ينطفيء ليعود إلى خط الأساس .. ويمكن إبطاء الإنطفاء أو منعه إذا استخدمت متغيرات أخرى لمساندة السلوك عند مستواه الجديد . فمثلا ، قد يتعلم شخص لا يؤكد ذاته ، أن يكون أكثر تأكيدا للذات إذا وجد التدعيم والتشجيع من أعضاء جماعة التدريب على تأكيد الذات .. وإذا كان السلوك التأكيدى الجديد سارا للعميل ومفيدا (مدعما) له فى حياته اليومية ، فقد يستمر دون عون من الجماعة . وأحيانا بعد أن ينطفيء سلوك ، فإن احتمالات حدوثه ترجع إلى الوجهة التى كان عليها قبل الإنطفاء . ويسمى ذلك

« الاسترداد التلقائى » Spontaneous Recovery فمثلا ، قد يحصل تلميذ على انتباه مدرسه (تدعيم) يومى السبت والأحد عن طريق اللعب بالكتب فى الرفوف القريبة من مقعده . ومن يوم الاثنين إلى الأربعاء يطفىء المدرس هذا السلوك . وفى يوم السبت يحاول التلميذ مرة أخرى (استرداد تلقائى) ولكن لحسن الحظ يمكن إطفاء ذلك بسهولة .

ومن المهم فى الإشراط الإجرائى أن يتعلم المعالج توجيه أسئلة مثل : ما هى الوظيفة التى يحققها السلوك المعين ؟ ما الذى يدعمه ؟ فى أى المواقف يزداد احتمال حدوث السلوك ؟ وتعلم التعرف على مصادر التدعيم هو واحد من أقوى المهارات التى يتعين تنميتها لتعديل السلوك . وقد تكشف عن مصادر تدعيم غير متوقعة فمثلا ، قد يستخدم المعالج إزالة الحساسية لإنقاص الخوف لدى العميل ولكن دون نجاح أو أنه يجد صعوبة فى الحصول على دافعية وتعاون كافيين من قبل العميل . ثم يتبين للمعالج فى بحثه عن الوظيفة التى يحققها الخوف فى حياة العميل أن الخوف يكون مدعما ومن ثم تنشأ المقاومة لمحاولات التخلص منه . فمثلا ، قد يؤدى الخوف إلى حصول العميل على اهتمام خاص أو على مزايا من قبل زملائه أو قد يعفيه من التفاعل مع مشكلات صعبة . وفى مثل هذه الحالات ، يتعين على المعالج التعامل مع هذه المصادر للتدعيم ومع المشكلات الأخرى قبل أن يستطيع إزالة الخوف . ويتمثل ذلك غالبا فى مساعدة العميل على الحصول على مصادر أخرى للتدعيم بدلاً من تلك التى يتلقاها من السلوك غير المرغوب ، ويستخدم مصطلح « الكسب الثانوى » للإشارة إلى جوانب التدعيم من سلوك غير مرغوب .

استراتيجيات تعديل السلوك فى إطار الإشراط الإجرائى

التحكم فى المنبه : Stimulus Control

هناك منبهات لكل أنواع السلوك الإجرائى تسمى « المنبهات التمييزية» Discriminative Stimuli تنزع إلى أن تهدى Cue الاستجابة . والمنبهات التمييزية لا تستثير السلوك ، على عكس المنبهات الشرطية التى تستثير استجابات شرطية ، ولكنها تهيىء الفرص للسلوك ، وتزيد بمقادير أكبر أو أقل من احتمالات حدوث السلوك .

وهكذا يمكن غالبا أن نغيّر السلوك الإجرائى للشخص عن طريق تغيير المنبهات التمييزية . وهناك ثلاث طرق لذلك :

(١) **إزالة المنبهات التمييزية التى تهدى إلى السلوك غير المرغوب** . فمثلا ، للتخلص من التدخين قد نزيل المنبهات التى تزيد من النزعة إلى التدخين مثل منفضة السجائر على المائدة . ولإنقاص وزن الجسم ، قد نغير الطريق من العمل إلى المنزل لتفادى محل بيع « الحلويات » .

(٢) **« التضييق » Narrowing** ويتضمن تحديد السلوك لمجموعة محدودة من المنبهات . فمثلا ، الشخص المفرط فى الأكل يحتمل أنه يأكل فى مواقف كثيرة . وهذا ينتج منبهات تمييزية عديدة ، منها مثلا مشاهدة التليفزيون ، تناول مشروب ، مؤانسة الناس ، القراءة ، الخ . وهى تعمل مهديات إلى النزعة للأكل ، وللإقلال من ذلك قد نحدد الأكل بموقع واحد وأوقات معينة ، ولإنقاص التدخين قد نقصره على ظروف معينة مثل الجلوس فى كرسى معين فى مكان معين مثل « بدروم » المنزل أو سقفه . ويجمع غالبا بين إبعاد أو إزالة المهدئات وبين التضييق . فمثلا ، فى تحسين عادات المذاكرة من المهم إعداد مناطق جيدة للمذاكرة . فإذا كان الطالب يستذكر دروسه عادة وهو يستلق على أريكة ويأكل فى نفس المكان ويستمع إلى الموسيقى ويتحدث بالتليفون مع زملائه ، فإن الأريكة سوف تكون هاديا لأفكار ومشاعر وسلوك لا ينسجم مع المذاكرة . ومن الأفضل تحديد مكان معين لا يتم فيه شىء غير المذاكرة (مثلا : مكتب فى ركن) . والابتعاد عن هذا المكان حين ينزلق العميل إلى أشياء مثل أحلام اليقظة ، وتزال من المنطقة كل المنبهات التى لا تتفق مع المذاكرة مثل الطعام والصور والتليفزيون . وكذلك ، فإن علاج الأرق قد يتطلب الذهاب إلى الفراش فقط حين يحس العميل بالرغبة فى النوم ، وألا يغادر الفراش والنوم يلح عليه ، ولا يقرأ ولا يأكل ولا يشاهد التليفزيون وهو فى الفراش .

(٣) **إدخال منبهات تنزع إلى كف السلوك غير المرغوب : و /أو تهدى إلى** السلوك الذى لا يتفق مع السلوك غير المرغوب . فمثلا ، إذا أراد الشخص إنقاص وزنه فإنه قد يضع صورا وعلامات على باب الثلاجة . والفرد الذى

أقلع عن التدخين قد يبلغ كل أصدقائه بذلك ، بحيث يكون وجود صديق له منبها لعدم التدخين .

ومن المفيد تغيير المهديات أو المنبهات كلما أمكن ذلك ، مثل إعادة ترتيب الأثاث ، شراء ملابس جديدة ، دهان جديد للحائط ، تناول الطعام فى أماكن مختلفة والالتحاق ببناء جديد ، الخ . وتغيير المنبه مفيد فى مواقف مثل الإرشاد الزواجى أو حين يكون الشخص مستعدا لتغيير طراز حياته تغييرا جوهريا . وكذلك ، فإن إبعاد الشخص عن مواقف الحياة المألوفة إلى أن ينفذ برنامج التغيير يكون مفيدا غالبا وبخاصة إذا جمع معه تغيير المنبه فى البيئة التى يعود إليها العميل .

ويتضح مما سبق أن التحكم فى المنبه يتناول الجانب الأسبق فى السلوك الإجرائى . أما الإجراءات التالية فإنها تتناول جانب العواقب .

تدعيم السلوك المرغوب :

وهو أكثر طرق الإشراط الإجرائى شيوعا . ويجب أن يكون بعامة مكونا من كل البرامج الإجرائية حتى إذا كان الاهتمام يتركز على إجراء آخر مثل الإنطفاء . وليس هناك إطار نظرى محدد وواضح لشرح طبيعة التدعيم . ولكن تتداخل فى هذا الشرح أسس التعلم والدافعية تداخلا كبيرا . ولكن هذه القضايا النظرية لا تعوق التطبيق العملى . إذ يتطلب الأمر التعرف على الأحداث التى تعمل بوصفها مدعمات ثم تستخدم لهذا الغرض . ومن المهم تحديد ما يدعم سلوك العميل المعين فعلا وليس ما نعتقد أنه يجب أن يكون مدعما له .. وإحدى الطرق لذلك هى سؤال الشخص عما يدعم سلوكه وذلك من خلال أداة مثل « جدول مسح التدعيم » الذى أعده كوتيلا وكاستنباوم . فقد نعتقد أن بعض الأحداث ليست مدعمة بينما هى مدعمة فى الواقع فمثلا ، قد يعتقد المدرس أن صياحه فى وجه التلميذ قد يفهمه على أنه مقدمة للعقاب ، بينما يكون المدرس فعلا مدعما للتلميذ كى يحصل على انتباه المدرس و /أو للحصول على تدعيم اجتماعى من زملائه لقدرته على استثارة المدرس . وأحيانا لن يكون الشىء مدعما لعميل إلا إذا كانت له به خبرة حديثة نسبيا . فمثلا ، محادثة تليفونية من قريب مع نزيل بمستشفى للأمراض العقلية لم يستخدم التليفون لعدة سنين يصعب أن يكون مدعما . ولعبة جديدة تماما لن تكون مدعمة لتلميذ فى مدرسة

ابتدائية . وفى مثل هذه الحالات يحسن إتاحة فرصة لخبرة مبدئية قبل إقامة العلاقات المشروطة . ويسمى هذا الإجراء « اختبار عينة المدعم » Reinforcer Sampling . وقد يستعان أيضا برؤية العميل لشخص آخر يقوم بهذا الاختبار .

والثناء والمال إذا أحسن استخدامهما ، فإنهما يكونان مدعمين قويين . ففى إحدى المنتزهات العامة فى أمريكا أمكن القضاء على إلقاء القمامة بالمنتزة عن طريق وضع ملصقة توضح أن كل من يقدم وهو خارج كيسا به قمامة سوف يحصل على ٢٥ سنتا أو على حق الاشتراك فى سحب يانصيب اسبوعى جائزته ٢٠ دولارا . وخلال ١٢ أسبوعا من بدء الحملة صرف ٢٠٠ دولار جوائز ، ٨,٥٠ سنتا مكافآت ، مقابل جمع أكثر من ضعف القمامة قبل بدء الحملة . وكذلك أمكن القضاء على تأخر ستة من العمال فى المكسيك عن الحضور للعمل وذلك عن طريق منح كل من يحضر منهم إلى العمل فى موعده ١٦ سنتا فى اليوم .

وفى مستشفيات الأمراض العقلية ، يمكن استخدام مدعمات متنوعة مثل زيارة للمدينة ، حلوى ، اختيار العميل لمن يتناول معه الطعام ، ملابس جديدة ، الخ .. وكذلك تتنوع المدعمات فى المجال المدرسى ومنها مثلا : فرصة أمام التلميذ للعمل مساعدا للمدرس ، رحلات ميدانية ، الخ .. وفى مجال الإدارة تشمل المدعمات : شهادات التقدير ، الثناء ، العلاوات ، الأجهزة والمعدات ، المشاركة فى اتخاذ القرار ، إمكانية العمل الإضافى ، الاجازات والرحلات ، الخ .. ويرتبط هذا الموضوع بموضوع هام فى تعديل السلوك وهو اقتصاديات « الماركات » الرمزية وسوف تكون لنا عودة لمناقشته فى فقرات قادمة .

ومن نظريات التدعيم ذات التأثير فى تعديل السلوك نظرية بريماك ، وهى تتضمن أن السلوك الذى يكون وقوعه أكثر احتمالا يمكن استخدامه لتدعيم السلوك الذى يكون وقوعه أقل احتمالا . فمثلا ، أن يطلب من طفل أكل الخضروات المقدمة إليه (الاحتمال الأقل) قبل تمكينه من الخروج واللعب (الاحتمال الأعلى) هو تطبيق لنظرية بريماك . (والتى تسمى أحيانا قاعدة الجدة ، حيث أن الجدات يستخدمن عادة هذه القاعدة) . ونفس القاعدة تطبق حين يطلب من طلبة دراسة الرياضيات (الاحتمال الأقل) تمكينهم من المشاركة فى مشروع (الاحتمال الأعلى) .

التدعيم غير الظاهر :

ويتضمن تخيل العميل لمنظر سار مثل قضاء إجازة فى مكان محبوب بوصفه تدعيما . ويستخدم كوتيلا هذا الأسلوب أيضا لتدعيم السلوك المتخيل . ويلاحظ هنا التوازى مع الحساسية غير الظاهرة . وفى هذا الإجراء ، يطلب من العميل تخيل تسلسل من خطوات السلوك المرغوب . وحين يتخيل العميل كل خطوة يقول المعالج « تدعيم » فيتخيل العميل المنظر السار وتتباين نتائج التجارب فى هذا الإجراء كما تتباين تفسيراته ، فقد يفسر مثلا على أنه إشراط مضاد . وقد استخدم هذا الأسلوب فى علاج الخوف من الثعابين لدى إناث ، طلب من كل منهن تخيل منظر ثعابين ثم الاسترخاء ثم تخيل منظر سار .

التدعيم السلبى غير الظاهر :

وهو أسلوب اقترحه كوتيلا ، واستخدم فى علاج جنسى مثلى ذكر ، فكان يطلب منه تخيل ثعبان يلتف حول رقبته (منظر منفر) ثم يتحول إلى منظر يضم فيه بين ذراعيه فتاة عارية . ولكن ذلك أيضا قد يكون أساسا إشراطا مضادا (مثلا : تنفيس تنفيرى) . إلّا أنه لم تثبت بعد القيمة العملية لهذا الأسلوب (١٣ ، ص ٨٣) .

التدعيم الذاتى :

وهو قد يكون صورة من صور التدعيم اللفظى غير الظاهر ، كأن يقول الشخص لنفسه مثلا : « لقد كان ذلك عملا طيبا » ؛ أو قد يكون التدعيم فى صورة مادية ملموسة كأن يتباع الشخص شيئا لنفسه . والتدعيم الذاتى هو غالبا جزء هام من عمليات الضبط الذاتى التى يدعم فيها الفرد نفسه لسلوكه السلوك المرغوب .

المبادأة بالسلوك : لكى ندعم سلوكا مرغوبا يتعين أن يحدث السلوك أولا . فإذا لم يكن مريض كتاتونى مثلا قد نطق حرفا واحدا خلال خمس سنوات ، فإنه يكون من الأمور غير الفعالة الانتظار إلى أن ينطق شيئا يدعمه . ومن ثم فإن هناك

حاجة فى العلاج الإجرائى إلى استخدام طرق لمساعدة العميل على المبادأة بالسلوك لتدعيمه ومن هذه الطرق :

(١) **التشكيل : Shaping** ، أو التقريب التتابعى ، وهو تدعيم السلوك الذى يقترب تدريجيا من السلوك المرغوب أو يقاربه فى خطوات صغيرة تيسر الانتقال السهل من خطوة لأخرى . ففى التدريب على التأمل مثلا ، يحسن البدء بعشر دقائق مثلا ثم زيادة دقيقة كل يوم وذلك لتشكيل التأمل لفترات أطول . وقد عالج آليون أنثى فصامية كانت ترتدى ملابس كثيرة فى نفس الوقت . وقد تضمن علاجها أن توزن قبل كل وجبة طعام لتقدير وزن الملابس (الوزن الكلى مطروحا منه وزن الجسم) ، ولكى تحصل على الوجبة (التدعيم) كان يتعين أن يكون وزن الملابس أقل من قيمة محددة . وقد سمح لها فى البداية بثلاثة وعشرين رطلا من الملابس ، ثم انقص ذلك تدريجيا إلى ٣ أرطال فقط . وفى التشكيل اللغوى الذى يطبق فى علاج الأطفال غير اللفظيين non-verbal (١٣ ، ص ٨٥) يكون التسلسل الشائع الاستخدام على النحو التالى : يعلم الطفل أولا الانتباه إلى المدرس ، ثم يتعلم بعد ذلك تقليد السلوك غير اللفظى بدءا من الحركات الكبيرة مثل التصفيق إلى الحركات الأدق مثل استخدام الفم . ثم يتعلم الطفل تقليد الألفاظ والتى يتدرج تعلمها بحيث تتقارب بأقدار متزايدة مع الألفاظ الصادرة عن المدرس ، وأخيرا تشكل لغة الطفل بحيث يصبح الكلام وظيفيا .

ويبدأ التشكيل من النقطة التى يكون العميل عندها ثم يتدرج فى خطوات صغيرة بحيث يتغير سلوكه بيسر مع تقديم التدعيم للتغيير ومعالجة الأخطاء والمشكلات فى مرحلة مبكرة فى الخطوات الصغيرة – وبنفس الأسلوب يمكن للاستشارى استخدام التشكيل لتغيير فلسفة وبرامج المنظمة التى يعمل مستشارا لها .

(٢) **النمذجة** : وهى تتضمن تغيير سلوك العميل نتيجة ملاحظته سلوك شخص آخر هو النموذج . وتستخدم النمذجة على نطاق واسع لإعداد عميل لمقابلة سعيا وراء الحصول على وظيفة ، بالإضافة إلى استخدامات أخرى عديدة . ويغلب أن يقلد التلاميذ فى الفصل سلوك تلميذ يثنى المدرس على سلوكه . ومن المفيد الجمع بين النمذجة والتشكيل . فمثلا ، قد يستمع العميل إلى شريط مسجل

عليه مقابلة يدعم فيها عميل من قبل المعالج لقيامه بسلوك مرغوب قد يكون تعبيرات لفظية معينة ، ثم يدعم العميل لقيامه بمثل هذه التعبيرات اللفظية . وقد استخدم هذا الأسلوب لتشجيع الطلبة على الحصول على المعلومات فى عملية تخطيط مهنى وفى اختيار المسار الدراسى . وقد أوضح آزرين وفوكس كيف أمكن للعلاج الإجرائى أن ييسر بصورة درامية التدريب على عمليات الإخراج لدى الأطفال المتخلفين و « الأسوياء » . فبالنسبة للأسوياء تضمن المنهج النمذجة والتشكيل واشتمل على دمية فى شكل طفل صغير ملابسها مبللة . يقوم الطفل بتعليم الدمية الاستخدام الصحيح للمرحاض بنفس الطريقة التى يتعلم هو بها . ويعطى الطفل مشروبات إضافية لزيادة معدل التبول ، ثم يتعلم من خلال التعليمات والتشكيل الإجراءات الكاملة من خلع وارتداء الملابس واستخدام المرحاض والتنظيف . ويدعم الطفل باستمرار من خلال الثناء ومكافأته على الاحتفاظ بملابسه جافة دون بلل . فإذا ما بلل ملابسه فإن ذلك يقابل بعدم التأييد وبالتدريب وبتغيير الملابس . ومن الضرورى أن يكون الطفل مستعدا لتعلم هذه المهارات (فى عمر حوالى عشرين شهرا) ويستخدم آزرين وفوكس اختبارات لهذا الغرض . ومن الضرورى جدا أيضا أن يتفرغ أحد الوالدين تماما لهذا البرنامج لتيسير التشكيل والتعامل مع « الحوادث » فوريا . وقد وجد الباحثان أن الطفل يمكن أن يتعلم تماما هذه المهارات فى يوم واحد بمتوسط أربع ساعات . وبعد البرنامج تفحص ملابس الطفل على فترات لعدة أيام للتدعيم . ونظراً لأهمية أسلوب النمذجة فسوف تكون لنا عودة له وبخاصة فى المواقف الإكلينيكية التى يجمع البرنامج العلاجى بينه وبين غيره من الأساليب .

(٣) **الإذبال : Fading** وهو يتضمن أخذ سلوك يحدث فى موقف وجعله يحدث فى موقف ثان عن طريق التغيير التدريجى للموقف الأول إلى الموقف الثانى . فالطفل مثلا قد يكون مسترخيا ومتعاونا فى المنزل ولكنه يكون خائفا ومنزويا إذا وضع فجأة فى فصل فى مدرسة يكون غريبا عليه . ويمكن التغلب على ذلك إذا قدم الطفل تدريجيا إلى مواقف تقارب الفصل المدرسى . والإذبال يكون هاما بخاصة حين يتعلم عميل سلوكا جديدا فى بيئة محددة مثل عيادة ، أو مستشفى أو نزل منتصف الطريق (مرحلة متوسطة بين المستشفى والمجتمع

العادى) . ذلك أن نقل المريض فجأة من بيئة مستشفى الأمراض العقلية إلى منزله مباشرة قد يؤدى إلى ضياع الكثير من المهارات الجديدة والسلوك الجديد الذى تعلمه فى المستشفى . ولذلك فإن الإذبال التدريجى من بيئة المستشفى إلى بيئة المنزل يكون أفضل . ويلاحظ أنه إذا كان التشكيل يتضمن تقريبات على جانب الاستجابة ، فإن الإذبال يتضمن تقريبات على جانب المنبه . وكل منهما شبيه باستخدام هيراركية فى الإشراط المضاد .

(٤) **العقاب** : عقاب سلوك معين يقمع هذا السلوك غالبا وينتج عنه سلوك آخر . وربما كان هذا السلوك الجديد أو نوع منه مرغوبا يمكن تدعيمه . ونظرا لأن هذا الإجراء لا يكون عادة ذا كفاءة ، كما أنه ليس مفضلاً فى معظم الحالات ، إلّا أن تفسيره واستخداماته تتباين ، ولذلك فسوف نعود إلى مناقشته بتفصيل أكبر فى إطار برامج إنقاص السلوك غير المرغوب .

(٥) **التوجيه** : وهو مساعدة الشخص فيزيقيا لإحداث استجابة . فمثلا ، بوصفه جزءا من إزالة الحساسية عن طريق الاتصال ، أو بوصفه جزءا من أسلوب الإغراق ، يمكن أن يوجه الشخص كى يلمس موضوعا يستثير الخوف لديه ، أو قد يتعلم العميل مهارة يدوية أو تحريك شفتيه ليحدث أصواتا معينة .

المتغيرات فى التدعيم : تؤثر متغيرات عديدة فى التدعيم وأهمها :

(١) **مقدار التدعيم** : والإشارة هنا إلى كم وكيف التدعيم . وبإزدياد مقداره يزداد تأثيره . ولكن لذلك حدوده كما أن له استثناءاته .

(٢) **تأجيل التدعيم** : وهو إشارة إلى مقدار الزمن بين سلوك الشخص وتدعيم ذلك السلوك . وكقاعدة عامة ، تتحقق أحسن النتائج إذا قدم التدعيم بعد السلوك مباشرة . فالثناء على طفل لسماحه لطفل آخر بمشاركته يحقق نتيجة أفضل إذا قدم مباشرة وليس متأخرا . وترجع قوة برنامج التدريب على العمليات الإخراجية الذى سبق وصفه على الأقل جزئيا – إلى أن الثواب والعقاب قدما مباشرة بعد السلوك . ويساعد ذلك الطفل على تعلم السلوك الذى يكافأ . ولكن الحياة فى الثقافة الحاضرة والمجتمع الحاضر تتطلب أن نتعلم تأجيل الإشباع . فالعامل يقبض مرتبه بعد شهر من العمل والطالب يحصل على الدرجة الجامعية بعد سنوات ، ومشكلة الجانح هى أنه لا يتحمل تأجيل

الإشباع غالبا . ويتطلب العلاج مساعدة الشخص على تعلم الاستجابة لعلاقات مشروطة بعيدة الأجل . ومن وسائل **التعاقد السلوكى أو المشروط Behavioral/ Contingency Contracting** . وهو أداة قوية سوف نفصل فى شرحها فى مقامٍ تالٍ .

(٣) **جداول التدعيم** : وهى تشير إلى نمط الربط بين المدعمات والاستجابات . فإذا دعمت كل استجابة صحيحة كان ذلك تدعيما مستمرا . أما إذا دعمت فقط بعض الاستجابات كان ذلك تدعيما متقطعا . وسوف نناقش هذه الأنماط وعواقبها فى حديثنا عن تطبيقات تعديل السلوك فى التربية .

تيسير التعميم والإبقاء على الكسب العلاجى : ومن وسائله الإذبال ، والانتقال بالعميل تدريجيا إلى صور التدعيم العادية فى الحياة اليومية مثل التأييد الاجتماعى والتدعيم الذاتى ، والانتقال من التدعيم المستمر إلى التدعيم المتقطع ، وأخيراً ، إعادة برمجة البيئات الأخرى لكى تساند التغيير ، كأن يتحدث المعالج مع المدرسين والوالدين لمساندة السلوك الجديد فى مختلف المواقع .

اقتصاديات « الماركات » الرمزية : كان آيلون وآزرين (٥ ، ص ١٣٦٩) أول من أوضحا قوة تأثير إجراءات التدعيم الإجرائى فى علاج المرضى الذهانيين فى عنبر من عنابر مستشفى للأمراض العقلية . فقد استرعى انتباههما بشدة كثرة مشكلات المرضى الذهانيين المزمنين المرتبطة بتناول الطعام . وقد توصلا بعد فترة من الملاحظة المفصلة إلى فروض إكلينيكية مؤداها أن معظم مشكلات الأكل التى تصدر عن المرضى تتدعم دون قصد من خلال سلوك الأطباء وهيئة التمريض والمرضى الآخرين . ذلك أنه فى هذا العنبر كان عدد أفراد هيئة التمريض قليلا وكان الاتصال الاجتماعى الرئيسى الذى يحدث بين المرضى وبين هيئة التمريض هو وقت تناول الطعام . ونتيجة لنقص قدرة المرضى على رعاية شئونهم وحاجاتهم ، فقد كانوا يتلقون الانتباه الاجتماعى والمساعدة وكل أصناف التدعيم فى هذه الفترة . وقد أراد آيلون وآزرين اختبار فروضهما ودعم سلوك أكثر تواؤما ، فغيرا من إشراط التدعيم . وبمقتضى هذا التغيير كانت كل مشكلات الأكل يتم تجاهلها وكان المريض الذى يتأخر فى الحضور إلى قاعة الطعام عن الموعد المحدد لا يحصل على طعامه . فكانت النتيجة أن كل المرضى المشكلين بدأوا يتناولون طعامهم دون أى مساعدة . إلّا أن انطفاء السلوك

غير المرغوب كان يشكل فقط جزءا من العلاج . ذلك أنه بعد تحرر هيئة التمريض من مساعدة المرضى فى تناول طعامهم ، أمكن لأفراد هذه الهيئة التفاعل اجتماعيا مع كل مريض فى صورة اهتمام وثناء مشروط بسلوك اجتماعى وبالاعتماد على الذات . وهكذا ، فإنه باستخدام التدعيم الإيجابى والانطفاء لمشكلات تناول الطعام وغيره من السلوك غير الملائم ، اختفى الكثير من السلوك النكوصى المضطرب .

وقد تقدم آيلون وآزرين خطوة أخرى عن طريق استخدام « **الماركات** » بوصفها وسيطا ملائما لتقديم أو لسحب التدعيم الإيجابى . وفى هذا التدعيم الرمزى يتلقى المريض عددا من « الماركات » لسلوك العون الذاتى الذى يبدر منه مثل العناية بنظافته أو تصفيف شعره أو الاستيقاظ فى وقت معين وترتيب الفراش . ويمكن للمريض أن يكسب « ماركات» إضافية عن السلوك التواؤمى المقبول اجتماعيا مثل القيام بمهام هادفة إيجابية . داخل أو خارج عنبر المستشفى . ويستطيع المرضى صرف هذه « الماركات » لقضاء حاجاتهم العادية مثل الحصول على أطعمة معينة أو مواد لتزيين حجراتهم أو سلع إضافية أو ترفيه ومزايا عينية مثل شراء سجاير أو مشاهدة التليفزيون أو جولة خارج المستشفى . وكذلك تفرض غرامات فى صورة ماركات على المرضى لسلوكهم اللاتواؤمى مثل تخريب الممتلكات أو العدوان البدنى ، الخ . ويقدم هذا الترتيب وسيلة مناسبة للتأكد من أن السلوك المعين لكل مريض تترتب عليه عواقب معينة كما أنه ترتيب قريب من الشبكة المعقدة من الإشراطات التى تعمل فى العالم الحقيقى خارج عنبر المستشفى . ويمكن لمثل هذا الترتيب إذا صمم ونفذ بعناية أن يقدم للمريض نظاما معقدا للدوافع يشغله ويعمل على وقايته ضد زملة الانهيار الاجتماعى الشائعة بين مرضى المستشفيات من الذهانيين المزمنين ، وهى حالة يغلب أن تكون من عواقب الإقامة بالمستشفى أكثر من أن تكون من عواقب المرض .

وكذلك يمكن بالإضافة إلى تهيئة وسط علاجى عام فى المستشفى أن يصمم المعالج استراتيجيات علاجية للمرضى الأفراد لإزالة السلوك المنحرف اللاتواؤمى أو لسد ثغرة سلوكية معينة . فمثلا ، يمكن التغلب على السلوك الانسحابى للفصامى عن طريق الابتداء بما يمكن أن يكون لديه من بقايا السلوك الاجتماعى المرغوب فيعطى « ماركات » لمجرد النظر إلى مريض آخر . فإذا تكرر هذا السلوك منه تشدد شروط إعطاء « الماركات » كأن يتطلب ذلك قيام نوع من التفاعل الاجتماعى بالإشارات

والتعبيرات الوجهية بينه وبين مريض آخر . وهكذا ينتقل إلى مرحلة أخرى مثل التحرك نحو المريض الآخر أو التبادل اللفظى معه . وقد أثبتت تجربة استمرت عدة سنين مضبوطة قام بها بول ولنتز (٥ ، ص ١٣٧) أن استخدام التدعيم العينى قد تفوق على استخدام العلاج البيؤى والعلاج العادى فى المستشفى . كما استخدم هذا الأسلوب مع جماعات متنوعة مثل المتخلفين عقليا والأطفال شديدى الانطواء على ذواتهم والأحداث الجانحين .. الخ .

وقد طبقت أساليب مماثلة فى عدد من المستشفيات بنجاح تمثل فى تحسن تقديرات الملاحظين لسلوك المرضى وفى إقبالهم على الأنشطة الاجتماعية والتحسن فى توقعات العاملين فى المستشفيات من حيث إمكانيات المرضى فى طريق التقدم العلاجى . كما استخدمت فى علاج التخلف الدراسى والجانحات من المراهقات وفى برامج القراءة العلاجية وعلاج نوبات الغضب . وقد أوضحت بعض التجارب أن « الماركات » يمكن أن تكون مرغوبة فى حد ذاتها كما هو حال الشخص الذى يعمل لأكثر مما يحتاج من المال . وتتنوع « الماركات » فتشمل العلامات والنجوم والشارات ، الخ ..

ومن الأمثلة الكلاسيكية لاستخدام « الماركات » تجربة فى منزل من منازل منتصف الطريق اسمه « **مكان الانجاز** » **Achievement|Place** ضم راشدين ومراهقين ممن اصطدموا مع القانون حديثا . وقد اتبع معهم نظام « الماركات » مع استمرار انتظامهم فى مدارسهم العادية وبالتنسيق مع المدرسين والوالدين . وقد أسفرت متابعة عن أن احتمال اصطدامهم مع القانون قد قل وأنهم يتابعون دراستهم . وقد أسهم إدخال هذا النظام فى مستشفيات الأمراض العقلية فى تغيير الخمول والسلبية بين المرضى ، وأعطى المعالجين وقتا أكبر لمعالجة الحالات الفردية نظرا لأن المساعدين فى المستشفى يمكنهم الإسهام بنصيب كبير فى تنفيذ هذه البرامج . بل إن المرضى أنفسهم يمكنهم الإسهام فى اتخاذ القرارات المتعلقة بالإجراءات العلاجية . وبتقدم العميل يمكنه الانتقال تدريجيا إلى المجتمع العادى من خلال منازل منتصف الطريق والتحول من نظام « الماركات » إلى المدعمات الطبيعية فى الحياة اليومية .

ولكن بالإضافة إلى صعوبة إجراء بحوث تجريبية مقارنة لتقويم فعالية النظام ، فإنه تصادف تطبيقه صعوبات منها صعوبة إعداد برنامج يستجيب لحاجات الجميع ،

ويتعين إعطاء اهتمام بالفروق الفردية ، كما أن بعض المرضى لا يستجيبون ، وبعض المساعدين والإداريين لا يتعاونون أو ينقصهم التدريب للتعاون القائم على الفهم . وهناك مشاكل خلقية وقانونية ، فلا يجب مثلا أن يكافأ مريض متعاون بوجبة طعام ، لأن ذلك حق له ، كما أنه لا يجب حرمانه من حقوقه وحرياته فى تقدير البعض حتى لو كان الهدف علاجيا .

وتوضح النتائج أن برامج « الماركات » – ما عدا استثناءات قليلة – لا ينتج عنها تعميم للتغير فى السلوك من موقف لآخر أو من وقت لآخر ، إلا أن البحوث لم تصمم خصيصا لبحث هذا الجانب .

أساليب التنفير

تشمل هذه الأساليب الصدمات الكهربائية والمواد المسببة للغثيان وحديثا التخيل المنفر والكثير من الأساليب الأخرى التى ينظر إليها بوصفها عقابا . وهى الأساليب الأكثر استخداما فى تعديل السلوك الضار فيزيقيا واجتماعيا للفرد والتى لا تصلح معه الأساليب الأخرى ، كما أن هذه الأساليب يمكن ألا تكف سلوكا ضارا بالفرد لمدة تكفى لتعليمه سلوكا إيجابيا يتواءم مع السلوك المشكل . وقد وجد أن السلوك الضار بالفرد يستجيب بصورة خاصة لأساليب التنفير . ويحدث هذا السلوك حين تكتسب منبهات يكمن فيها الضرر أو تمثل انحرافا اجتماعيا ، تدعيما فوريا قويا له قيمته بالنسبة للفرد . وفى حالات كثيرة قد يتعين إخضاع الفرد لقيود مستمرة وفى الحالات الحادة قد يؤدى السلوك إلى الوفاة . وفى مثل هذه الحالات ، تعجز الكثير من الأساليب العلاجية عن التأثير ، بينما يؤدى استخدام الصدمات الكهربائية عند إظهار السلوك الضار إلى قمع فورى للسلوك وأحيانا إلى إزالته كلية . وتستخدم أساليب التنفير عادة بوصفها الملجأ الأخير ، ولفترة محدودة من الزمن إلى أن يكتسب العميل القدرة على ضبط الاستجابات المنحرفة عن طريق تعلم الطرق المناسبة للاستجابة .

والأساليب المستخدمة فى هذا المجال تتبع الإشراط الكلاسيكى إذا ما قرن المنبه العقابى بالسلوك المشكل ، والإشراط الإجرائى إذا تبع المنبه العقابى فوريا السلوك المشكل ، أو قد يجمع بين الإجراءين . ويشار إلى النوع الأول من الإجراءات عادة

بمصطلح « **العلاج التنفيرى** » «**Aversive Therapy**» بينما يطلق على النوع الثانى مصطلح « **الإشراط العقابى** » «**Punishment Contingencies**» إلّا أن إطلاق تسمية منهما دون الأخرى على إجراء معين يتوقف أكثر ما يتوقف على الانتماء النظرى للقائم بالتجربة أكثر مما يتوقف على تحليل الأسلوب المستخدم .

وسوف نؤجل مناقشة العقاب بوصفه يمثل استخدام منبه منفر إذا ظهر سلوك معين ، وذلك فى إطار عرضنا لبرامج إنقاص السلوك غير المرغوب . ويلاحظ أن العقاب يتبع غالبا نموذج الإشراط الإجرائى ، إلا أنه قدمت تفسيرات نظرية عديدة لشرح العقاب وعواقبه . وسوف نناقش أيضا فى الاطار السابق إجراءات « الإبعاد » و « ثمن الاستجابة » . وهى تستخدم أسلوب سحب التدعيم الإيجابى بدلا من المنبه المنفر ، إذ يبدو أنه لا يخلف آثارا جانبية سلبية . وقد أطلق ثوريسين وماهونى على إجراءات « الإبعاد » و « ثمن الاستجابة » مصطلح « العقاب الإيجابى » نظرا لأن الشخص يمكنه أن يتعلم استخدام هذه الإجراءات بنفسه دون حاجة إلى استخدامها بوصفها منبها منفرا ، بواسطة شخص آخر .

العلاج التنفيرى : Aversion Therapy وهو يتبع نموذج الإشراط الكلاسيكى . ويتضمن عادة اقتران منبه ذى مكافىء موجب مثل الكحول مع منبه منفر مثل مادة مقيئة ، بحيث ينتج المنبه الأول استجابة منفرة . وتستخدم عادة ثلاث طرق فى هذا النوع من العلاج . (أ) تنبيه كهربائى ، (ب) مادة مثيرة للغثيان ، (ج) تنفير رمزى . ونظرا لسهولة استخدام الصدمة الكهربائية ، فإنها أكثر الطرق شيوعا ، وهى تطبق عادة على الذراعين والساقين والأقدام عند تقديم المنبه الشرطى . وقد استخدمت الصدمة الكهربائية بنجاح فى حالات « انحراف الملبس » Transvestism والفتيشية Fetishism والجنسية المثلية والاستعراء Exhibitionism وأنواع متنوعة من المازوكية التى تنزع إلى السلوك المدمر للذات .

وقد بدأ الممارسون يفضلون الصدمات الكهربائية عن العقاقير وذلك لسهولة التحكم فيها من حيث البداية والدوام والنهاية والشدة . كما أن استخدام العقاقير مثل تلك التى تحدث القيء تكون غالبا مكروهة من العملاء ومن المعالجين ومساعديهم بقدر أكبر من الصدمات الكهربائية ، فضلا عن أن بعض العقاقير تؤثر فى الجهاز العصبى وتعوق التعلم وتقلل من فعالية العلاج . وقد عولج شاب عمره ٢٣ عاما من

تعاطي الهيروين باستخدام صدمات كان يصف خلالها تعاقب السلوك المؤدى إلى تعاطي الهيروين ، ثم حين يتحول إلى تخيل منظر لا يتعاطى فيه الهيروين توقف الصدمة . ومن الممكن استخدام صدمات كهربائية من أجهزة صغيرة يمكن حملها . إلّا أن مصادر أخرى للتنفير تستخدم أحيانا ومنها دخان السجائر والروائح الكريهة ، والصور والأصوات المنفرة والنقد الاجتماعي والشخصي ومناظر متخيلة منفرة . واستخدمت فى بعض التجارب آلة تنفث دخان السجائر الساخن فى وجه المدخن خلال تدخينه .. وقد أوقف ذلك عدد المدخنين فى هذه التجارب بنسبة ٦٠٪ فى هذه التجارب .

ويستخدم العلاج الكيميائى التنفيرى بنجاح فى تعديل أنواع من السلوك المدمر للذات والمنحرف اجتماعيا وبخاصة فى حالات الكحولية . ويعطى العميل جرعات من مادة مثيرة للغثيان مثل ايميتين ويعرض للمنبه الشرطى قبل بدء الغثيان . ويطلب منه أن يشم أو يتذوق أو يشرب الكحول عند اشتداد الغثيان . ويتكرر اقتران الغثيان بالمنبه الشرطى (الكحول) عدة جلسات إلى أن يصبح العميل قابلا للغثيان بمجرد التفكير فى الكحول أو بمجرد سماع تعليق عليه (المنبه الشرطى) .

ورغم تعدد نجاح مثل هذه المحاولات ، إلّا أن لها بعض المساوىء ومنها أن الأفراد يستجيبون استجابات مختلفة لنفس العقار أو لنفس الكمية من العقار فى أوقات مختلفة . كما أن التأثير متدرج غالبا ولذلك يصعب ضبطه بواسطة المعالج . ومن المحتمل ظهور تأثيرات جانبية ومنها تغيرات فسيولوجية .

التنفير الرمزى : وهو الطريقة الرئيسية الثالثة من طرق العلاج التنفيرى ، ونظرا لأنه لا يتضمن تنبيها فيزيقيا منفرا ، فإن احتمال مقاومته من جانب العملاء أقل منه فى حالة الصدمة الكهربائية أو استخدام المواد الكيميائية . وفى هذا الأسلوب يطلب من العميل أن يتخيل خبرة منفرة فى وقت تقديم المشكلة . وقد يقدم المنبه الشرطى بصورة رمزية ، وكما هو الحال فى الصور الأخرى من العلاج التنفيرى فإن تكرر الاقتران يؤدى إلى الترابط السلبى الشرطى . وقد يبدأ العلاج بتخيل المنبه غير الشرطى مثل الغثيان مع السكر ، فى حين يكون المنبه الشرطى حقيقيا مثل أنواع من المشروبات الكحولية تنبعث منها رائحة الخمر فى الحجرة . وفى حالات أخرى ، قد يطلب من العميل تخيل كل من المنبه الشرطى وغير الشرطى ، كما هو الحال فى أسلوب

« الحساسية الباطنة أو غير الظاهرة » **Covert Sensitization** . والهدف من هذا الأسلوب هو إنطفاء السلوك الشرطى غير المناسب ، مثل الإسراف فى تعاطى الكحول ، وذلك عن طريق تخيل منبهات مؤلمة أو منذرة بالخطر قبل وبعد تخيل أو خبرة السلوك غير المرغوب . وكما هو الحال فى إزالة الحساسية ، فإن العميل يتعلم كيف يسترخى ، وتشرح مشكلته كما تشرح الإجراءات فى ضوء أسس التعلم ، ثم يطلب منه بعد ذلك أن يتصور خطوة خطوة أنواع السلوك المرتبطة بالسلوك المشكل . وحين يستطيع العميل تصور المنظر المستهدف ، يطلب منه أن يتصور خبرة مؤلمة جداله ، مثل القيء الذى يصعب ضبطه . ويتكرر هذا الاقتران بين تصور السلوك المستهدف والموقف المؤلم إلى أن يشعر الفرد بالغثيان أو يخبر مشاعر منفرة مماثلة حين يتصور السلوك المشكل فقط . وكذلك فإن اقتران المناظر الموجبة بتلك التى ينفر منها العميل أو ينهى بها السلوك غير المرغوب ، يكون له تأثيره أيضا . وقد طبقت هذه الطريقة لعلاج مشكلات التدخين والانحراف الجنسى والسمنة المفرطة والكحولية .

علاج الإثارة من خلال الأخيلة :

ومن أنواع العلاج التى تستخدم التنفير الرمزى ولكن فى إطار نموذج : المنبه – الاستجابة ما يسمى « **علاج الإثارة من خلال الأخيلة** » **Implosive Therapy** ، وهو صورة من الإغراق يعرض فيه العميل فورا لأشد درجات المواقف المتخيلة استثارة للخوف ، كأن يطلب من مريض يعانى من مخاوف التواجد فى الأماكن المرتفعة Acrophobic (رهاب المرتفعات) أن يتخيل نفسه يسقط من فوق مبنى مرتفع أو يطلب منه أن يتصور نفسه ساقطا من علٍ فى ظلام . دامس ، ويحاول المعالج أن يجعل العميل يعى مشاعره وإحساساته خلال السقوط ، وأن يحس تأثير ارتطام جسمه بالأرض ، وأن يتصور جسمه المهشم . ومن المهم أن يؤكد المعالج على كيف يحس الشخص وما يراه خلال تصوراته . وإذا تذكر العميل حادثا مفجعا وقع له فعلا ، تعين على المعالج أن يركز تصور العميل حول هذه الخبرة ، ويستند هذا النموذج إلى قاعدة بافلوف الكلاسيكية فى الانطفاء ، وهى أنه حين يتكرر اقتران الاستجابة الشرطية (الخوف أو القلق) بالمنبه الشرطى دون اقتران دورى بالمنبه غير الشرطى (الألم الحقيقى) فإن الاستجابة الشرطية تنطفىء تدريجيا .

ويفترض البعض أن هذا الانطفاء يتم بأقصى سرعة إذا تحقق أقصى قدر من التشابه بين ظروف انطفاء المنبه والموقف الأصلى المثير للقلق . وفى إحدى التجارب عولج طلبة جامعيون يعانون من المخاوف من الفئران ، فكان الطالب يعرض لموقف مثير لأشد درجات الخوف عن طريق تخيل فأر يأكل أحشاءه الداخلية وذلك فى جلسات مقننة ، بينما طلب من أفراد المجموعة الضابطة تصور موضوعات محايدة مع بعض التدريب على الاسترخاء . وقد وجد بعد نهاية جلسة واحدة فقط أن ١٤ من ٢٢ طالبا فى المجموعة التجريبية استطاعوا الإمساك بفأر أبيض ، بينما استطاع ذلك اثنان فقط من ٢٢ طالبا فى المجموعة الضابطة . ولكن يرى بعض الباحثين أن النتائج متناقضة ، وأن بعضها له آثار سلبية (١٣ ، ص ٤٧) ويوصى كوتيلا بتبادل المناظر المنفرة مع المناظر المرغوبة وبالتكامل مع مكونات أخرى مثل الاسترخاء .

وأخيرا ، يعترض البعض على استخدام وسائل التنفير إما على أساس أخلاقى أو على أساس بعض التأثيرات الجانبية التى يمكن أن تنشأ عنها مثل الشعور بالألم وإنهاء العلاقة العلاجية وسلوك الإحجام ، الخ .. ولكن المهم فى نظر البعض الآخر أن هذه الأساليب أثبتت فعاليتها وأن هذه التأثيرات الجانبية يمكن تجنبها باصطناع بعض الضوابط ، كما أن إشراك العميل فى اتخاذ القرار المتعلق باختيار العلاج التنفيرى قد يسهم فى تحقيق التأثير العلاجى . ويمكن القول بعامة أن أى سلوك لا يجب أن يعاقب إذا لم يكن هناك سلوك بديل متاح . .

ويبقى التساؤل عن الميكانيزم المسئول عن فعالية العلاج التنفيرى . وفى هذا الصدد ، قارن فلدمان وماككولوك فى دراستهما المستفيضة فى علاج الجنسية المثلية بين نموذج الإشراط الكلاسيكى وبين نموذج تدريبى فى التجنب ، فلم يجدا فروقا ملموسة بين النموذجين وقد جمعا بعض البيانات عن استجابات فسيولوجية خلال إجراءات الإشراط ، ووجدا أن تغيرات معينة فى الاستجابات الأوتونومية أمكن أن تتنبأ عن تغيرات سلوكية ظاهرة مما قدم دليلا على صحة الافتراض بأن تأثير الإشراط هو المسئول عن النجاح العلاجى . (٧ ، ص ٢٣٢) .

وهناك تصور بديل للعجز الجنسى يفترض أن أصوله تكمن فى مجرد فقدان الاهتمام أو السأم بدلا من القلق . وقد وجد أن منهجا علاجيا أطلق عليه مصطلح « الإشراط الإيجابى » يقوم على أساس هذا التصور كأن أكثر فعالية من التخلص التدريجى من الحساسية وفى منهج اسمى « العلاج الجنسى الجديد » وصفه سولود وكابلان بأنه توفيقى يشتمل على أساليب سلوكية وسيكودينامية واجتماعية . وقد وجد أنه أكثر فعالية (على أساس المقارنة مع جماعات ضابطة لم تخضع للعلاج) فى حالات الخلل الوظيفى الشبقى ، وذلك فى ضوء التقارير الذاتية للمرضى . وأخيراً ، تشير دراسة نقدية لمختلف الأساليب العلاجية الناجحة للاضطرابات الجنسية إلى أن العامل العلاجى الفعال والمشترك فيها هو التعرض التدريجى بالإضافة إلى التدريب على المهارات الإجتماعية .

العلاج السلوكى للاكتئاب : تشترك طرق العلاج السلوكى للاكتئاب فى اعتبارها ظاهرة الانطفاء أساسا للاكتئاب ، وذلك رغم أن كل طريقة منها تنفرد بجوانب معينة . وعلى العكس من النظريات الدينامية ، فإن العداوة والغضب ينظر إليهما بوصفهما تأثيرات وليست أسبابا للسلوك المشكل . وقد بنى سيليجمان نموذج « العجز المتعلم » على أساس نتائج البحوث المعملية على الحيوان . ويتضمن فى صياغته النظرية ضرورة العمل للحصول على استجابة مبكرة من المريض والتأكيد على قيمة جداول التدعيم المتغيرة والاستراتيجيات المعممة فى مواجهة مشاكل الحياة لمنع تكرار الاكتئاب . وتفسر زيادة نسبة الاكتئاب بين النساء على أساس نقص التدعيم المرتبط بفقدان الحياة العائلية والزوج و /أو الأطفال . ولذلك يتعين أن يركز علاج مثل هذه الحالات على توقعاتهن الزائدة وأحيانا المطلقة على التدعيم من تلك المصادر وعلى تهيئة مصادر بديلة .

ويركز منهج ليفنسون Levinsohn وزملائه فى العلاج على المعدل النسبى للتدعيم بوصفه العامل المركزى فى تكوين الاكتئاب وفى التخفف منه . وقد يشتمل العلاج على مكون أو أكثر من المكونات التى تهدف إلى إستعادة التدعيم المناسب ، بما فى ذلك إنقاص السلوك الزائد ، وزيادة الأنشطة المثيبة . ويفترض أن التدعيم هو على الأقل جزئيا ، دالة على الاستمتاع الذاتى للفرد وأن المنهج العلاجى الذى يدور حول

النشاط والزيادة الموضوعية فى الثواب والتى تتولد عن النشاط سوف يدركان على أنهما ساران وممتعان كما يفترض أن التدخلات السلوكية فى علاج الاكتئاب لن تكون نتائجها دائمة إذا لم ينتج عن الانخراط فى النشاط استمتاع .

ولا يفترض لازاروس فى منهجه المتعدد أن الاستمتاع الذاتى سوف يتبع حتما زيادة المدعمات ، ولكنه بدلا من ذلك يشمل اهتماما مقصودا بالاسراع بالاستمتاع بالمدعمات وتوفير هذا الاستمتاع عن طريق تدخلات حسية أو خيالية . فإذا وجد القلق ، فإن لازاروس يوصى باستخدام التخلص التدريجى من الحساسية بوصفه مصاحبا علاجيا فعالا – ويزعم لازاروس أنه أمكن الحصول على تحسن دال فى فترة متوسطها ثلاثة شهور فقط باستخدام منهجه العلاجى مع الاكتئابيين المزمنين . إلّا أنه يتعين التأكد من حقيقة هذه النتائج باستخدام جماعات ضابطة دون علاج .

ونظرا للانتشار المتزايد لمنهج بيك Beck فى العلاج المعرفى – السلوكى للاكتئاب فإننا سوف نناقشه بتفصيل فى الفصل العاشر .

العلاج السلوكى لاضطرابات الوسواس – القهر :

يتمثل العلاج السلوكى التقليدى للوسواس القهرى فى أسلوب « وقف الأفكار » و /أو منع الاستجابة الطقوسية . إلّا أن نتائج البحوث الحديثة فى قيمة أسلوب « وقف الأفكار » متناقضة . وقد وجد أن وقف الأفكار المحايدة يتساوى أو يفوق فى فعاليته وقف الأفكار الوسواسية ، مما يشير إلى أن المفتاح الرئيسى للتحسن قد يتمثل فى تكوين استجابة معممة للمجابهة ، وقد وجد أن التعرض للمنبه ووقف الأفكار يتساويان فى علاج عصاب الوسواس ، مع تفوق ضئيل للأسلوب الأول . وقد اقترح راشمان أسلوبا من عنصرين لعلاج الأفكار الوسواسية يقوم على أساس مبدأ « **المقصد المتناقض ظاهريا** » **Paradoxical Intention** الذى يشمل الإشباع (بدلاً من وقف الأفكار) ومنع الاستجابة بالسلوك « الصحيح » (وهو ما يعتقد أنه جزء متكامل من الاجترار الوسواسى) . وقد استخدم التعرض للمنبه مع منع الاستجابة فى علاج الطقوس القهرية . ولكن العلاج قد يطول أحيانا . وقد وجد أن

المجال الاجتماعى للمريض متغير قوى . كما تزداد فعالية الجلسات الطويلة للتعرض للمنبه عن الجلسات القصيرة . وكذلك فإن المواقف الحية أكثر فعالية من المواقف المتخيلة ، كما أن تأثير التعرض التدريجي فى مواقف حية يتساوى مع الإغراق – ولذلك يوصى باتباع الأسلوب الأول لأنه يستثير قدرا أقل من القلق .

برامج إنقاص السلوك غير المرغوب

يجب بداية التنبيه إلى أن إنقاص سلوك غير مرغوب ، يتعين أن تدعمه زيادة سلوك آخر مرغوب ، ومن برامج إنقاص السلوك غير المرغوب ما يلى :

الإنطفاء :

إقامة علاقة مشروطة بين سلوك وحدث مشروط هو إشراط إجرائى ، بينما يكون إنهاء هذه العلاقة إنطفاء إجرائى . وقد عولج وليد عمره ٢١ شهرا من سورات الصراخ التى كان ينخرط فيها إذا ترك الوالدان غرفته قبل أن يخلد إلى النوم . وكان يستمر فى هذه النوبة إلى أن يعود الوالدان إلى غرفته . وقد دعم هذا السلوك من قبل الوالدين استمرار النوبات ولكن حين تجاهلها الوالدان تماما ولم يرجعا إلى غرفة الطفل انطفأ هذا السلوك تماما (١٣ ، ص ٩٧) . ولكن الشخص لا يتعلم سلوكا بسيطا استجابة لمنبه بسيط ، فهو يتعلم هيراركية كاملة من السلوك . والسلوك فى قمة هذه الهيراركية هو الأكثر احتمالا فى حدوثه ، ويليه ما تحته ، وهكذا . ويتوقف موقع السلوك فى الهيراركية والمسافة بينه وبين ما يسبقه أو يليه على تواتر تدعيمه . فإذا ما انطفأ السلوك فى القمة ، فإن السلوك التالى سوف يحدث ، فإذا ما اعتبر هذا السلوك الأخير غير مرغوب ، تعين العمل على انطفائه . وهكذا يتطلب الانطفاء وقتا طويلا قد يشمل الهيراركية كلها أو إلى أن يتحقق سلوك مرغوب ولذلك ، فإن إجراء الانطفاء لا يتسم بالكفاءة إلا إذا كانت الهيراركية صغيرة كما هو الحال مع معظم مشكلات الأطفال . ومن الأفضل بعامة التأكيد على تدعيم سلوك مرغوب بدلا من

السلوك غير المرغوب . وقد يكون للانطفاء آثار جانبية مثل الاحباط والغضب والارتباك ، وهى تأثيرات يمكن الاقلال منها إذا دعم فى نفس الوقت سلوك بديل . وقد اقترح كوتيلا « الانطفاء غير الظاهر » أى تخيل العميل لنفسه وهو يقوم بالسلوك غير المرغوب دون أن يدعم . ويستعان بهذا الإجراء حين يصعب التحكم فى العلاقات فى البيئة أو حين لا يتعاون العميل فى الانطفاء العادى . إلّا أنه لا توجد بحوث تؤكد مدى فعالية هذا الأسلوب .

الممارسة السلبية وعكس العادة : وهما طريقتان للعلاج بقصد **الإقلال من العادات العصبية** المنتشرة والتى تشمل اللازمات مثل قضم أظافر الأصابع وبعض صور التهتهة وبعض أخطاء الكتابة مثل تكرار حرف . والممارسة السلبية Negative Practice هى إنقاص عادة عصبية عن طريق استمرار تكرار الاستجابة بصورة واقعية قدر الإمكان . إذ يكرر الشخص هذه العادة عن قصد عدة مرات إلى أن يتعب . وقد عولجت حالة رجل فى السادسة والعشرين من عمره ظل لمدة ٢٥ عاما يضرب رأسه فى الوسادة وهو نائم مما نتج عنه نوم غير مريح وإصابات فى جلد جبهة الرأس ، وقد تكونت الممارسة السلبية من ضربه لرأسه عدة مرات بنفس الأسلوب الذى كان يتبعه وهو نائم كما لوحظ وصور فوتوغرافيا من قبل زوجته . وكان يقوم بهذه الممارسة السلبية قبل أن يخلد إلى النوم وحتى نقطة التنفير . وقد زالت هذه العادة خلال أربع جلسات واستطاع أن ينام نوما مريحا ، وقل قلقه خلال النهار (١٣ ، ص ٩٨) . وتتناقض نتائج الخبرات فى فعالية هذا السلوك فقد نجح فى بعض الحالات بينما فشل فى البعض الآخر . كما أنه ليس من الواضح كيف يعمل هذا الأسلوب — إلّا أن مكيولاس يرى أنه أساسا تعلم تمييزى ، أى تسبب الممارسة السلبية أن يتعلم الشخص التعرف على المنبهات المرتبطة بالعادة ، وحين تمارس العادة أو تبدأ فى الحدوث ، فإن الشخص سوف يكون أقدر على وقفها أو إنقاصها . ومن التفسيرات الأخرى الانطفاء بفعل حدوث العادة دون تدعيم ؛ التأثير القمعى للعقاب ، والتعب الناتج عن الممارسة السلبية .

أما **عكس العادة Habit Reversal** فهو برنامج أكثر تعقيدا فى علاج العادات العصبية إذ يعلم العميل أولا أن يكون واعيا بحدوث العادة العصبية فى كل مرة تحدث

فيها ، ثم يعلم القيام باستجابة لا تنسجم مع الاستجابة غير المرغوبة . مثلا قبض اليدين بشدة على الجانبين يتعارض مع قضم أظافر الأصابع – ويتكرر ذلك فى كل مرة تحدث فيها العادة أو تكون على وشك الحدوث ، كما يتعلم القيام بالاستجابة المضادة فى مواقف الحياة اليومية . ويحاول المعالج تقوية الدافع للإقلال من ممارسة العادة وتنفيذ البرنامج ، ويتضمن ذلك زيادة التعضيد الاجتماعى للتغيير وإنقاص أى تدعيم للعادة . وتفيد التقارير بأن هذا الإجراء كان فعالا بنسبة ٩٥٪ بعد اليوم الأول من التدريب دون انتكاس لعدة شهور ، وذلك فى محاولات إزالة عادات عصبية مثل قضم أظافر الأصابع ومص الأصابع وضرب الرأس (١٣ ، ص ٩٩) .

ب – العقاب :

سبق الإشارة إلى وجود نوعين من العقاب : إيجابى عن طريق إظهار الاستنكار لسلوك معين مثلا ، فإذا أدى ذلك إلى إنقاص هذا السلوك كان ذلك عقابا إيجابيا . ومن صوره أيضا النقد وإيقاع الألم والغرامات ، الخ .. وتتنوع نظريات تفسير تأثير العقاب . وطبقا لإحدى هذه النظريات ، فإن العقاب يستثير استجابات انفعالية مختلفة واستجابات حركية محتملة . وقد يتعلم الشخص المعاقب السلوك المرتبط بوقف العقاب (تدعيم سلبى) ، وهو يربط بين تأثيرات العقاب والمواقف والناس المرتبطين به (الإشراط الاستجابى أو الإجرائى) . وتعطى درجات متباينة من الأهمية لهذه العوامل فى الصياغات النظرية المختلفة للعقاب .

والعقاب بوصفه اجراءً للتغيير له مساوىء وآثار سلبية ممكنة . فتوقيع عقاب على سلوك غير مرغوب لا ينتج بالضرورة سلوكا مرغوبا . وقد تنتج عن العقاب استجابات مثل الخوف والقلق والكراهية لمن يوقعون العقاب على الشخص أو المجتمع . وقد لا يتعاون العمال مع المشرفين عليهم . وقد يتعلم الشخص الهروب أو تجنب الناس أو المواقف مما ينتج عنه مخاوف مرضية مرتبطة بالمدرسة أو زيادة فى الغياب عن العمل . كما أن محاولة العقاب على الهروب أو التجنب قد تؤدى إلى تقوية التجنب . فتوقيع عقوبة على الطفل لخوفه من الظلام مثلا قد يزيد من هذا الخوف . كما أن الشخص الذى يوقع العقاب قد يصبح نموذجا يقتدى به للسلوك العدوانى . وقد يتعلم الأطفال تقليد آبائهم وإيذاء الآخرين ، الخ . والأشخاص الذين توقع

عليهم العقوبات قد يصبحون أقل مرونة وتواؤما فى سلوكهم . وفضلا عن ذلك ، فإن النتائج المباشرة للعقاب قد تدعم الشخص الذى يوقع العقاب حتى إذا كانت الآثار البعيدة المدى غير مرغوبة . ولكل هذه الأسباب فإنه من الأفضل التأكيد على زيادة السلوك المرغوب عن طريق إجراءات التدعيم بدلا من العقاب . ولكن إذا أريد للعقاب أن يكون فعالا ، تعين استخدامه بعد السلوك مباشرة وفى اتساق ، ويجب أن يتزاوج العقاب بعامة مع الانطفاء وتدعيم السلوك البديل . والأفضل النظر إلى العقاب بوصفه جزءا من اتفاق تعاقدى وليس هجوما شخصيا .

وبالرغم من كل التحفظات السابقة على العقاب ، إلّا أن له فعاليته فى مواقف يعرض مكيولاس (١٣ ، ص ١٠١) بعضها فى التجارب التالية :

(١) طفل عمره ٩ شهور ويزن ١٢ رطلا كان القيء المستمر يحول دون زيادة وزنه . وقد فشلت كل العلاجات مثل : التحكم فى الغذاء ، استخدام مضادات القيء ، إقامة علاقة دافئة مع الطفل ، الخ .. لدرجة كانت حياة الطفل فيها مهددة . وقد استخدم المعالجان الالكتروميوجرام (EMG) لقياس النشاط العضلى لتحديد بداية القيء . وكان الطفل يتلقى صدمة كهربائية فى كل مرة يظهر فيها الالكتروميوجرام بداية القيء ، وكانت توقف الصدمة حين يتوقف القيء . وقد تكرر هذا العقاب تسع مرات توقف الطفل بعدها تماما عن القيء وزاد وزنه إلى ٢١ رطلا . وفى تجربة أخرى مماثلة كان الطفل يعاقب على القيء بعصر ليمونة فى الفم .

(٢) عولجت فتاة عمرها ١٧ عاما لم تكن تتوقف عن العطس بمعدل عطسة كل ٤٠ ثانية . وقد فشل الأطباء الاختصاصيون والمنومون فى علاجها . وحين بدأ إعطاؤها صدمة كهربائية فى أصابعها فى كل مرة تعطس فيها ، توقفت تماما عن العطس غير المنضبط بعد أربع ساعات ونصف ساعة من بدء العلاج .

(٣) يستخدم العقاب غالبا لتأثيره المشتت أكثر من تأثيره القمعى . فمثلا ، قد يستخدم كجزء من برنامج للضبط الذاتى رباط من المطاط يلف حول الرسغ يشده الشخص من الجانب الأيسر ليضرب يده كلما خطرت بذهنه أفكار أو

مشاعر غير مرغوبة (ويقابل هذا الإجراء وقف الأفكار) كما أن مجرد لبس الرباط يذكر الفرد بسلوكه . وهذا التأثير المشتت هو مفتاح معظم العلاجات السلوكية للانطواء الشديد حول الذات Autism .

(٤) **الانطواء الشديد حول الذات** : هو فئة تشخيصية لم تعرف تعريفا دقيقا ، ولكنه فى حالاته المتطرفة يشمل الخصائص التالية : لا يتكلم الطفل إطلاقا أو يكون شحيح الكلام ؛ يقلد بعض هؤلاء الأطفال الأصوات بينما لا يفعل ذلك البعض الآخر ، لا يستجيب الطفل إلى اللغة أو المهديات الاجتماعية الأخرى . ويبدو الناس مجرد موضوعات للطفل المنطوى حول ذاته . وقد يكون جزء من المشكلة انتباه انتقائى زائد . وقد يبدو الطفل كما لو كان أبكم أو معوقا بصريا بينما هو فى حقيقة الأمر لا يستجيب من خلال هاتين الحاستين . وينشغل مثل هذا الطفل عادة فى نوع من السلوك الذاتى التنبيه ، مثل لف الذراعين . وقد ينخرط أيضا فى نوبات غضب وإيذاء للذات مثل قضم الكتف أو عض الأصابع . ويقضى الكثيرون من هؤلاء الأطفال حياتهم فى المؤسسات . وتعتبر إسهامات لوفاس Lovaas وزملائه من أهم الإسهامات فى علاج « الأوتيزم » ، وهى أساسا إجراءات إشراطية تستخدم التشكيل والنمذجة والتوجيه لتعليم الطفل تدريجيا التقليد والكلام والقراءة – والكتابة . ويؤدى ذلك بدوره إلى تعلم السلوك الشخصى والاجتماعى الأكثر تعقيدا . وتستخدم فى البداية مدعمات أساسية مثل الطعام واحتضان الطفل إلى أن يتعلم الاستجابة للمدعمات الاجتماعية مثل التأييد أو الموافقة . والعقاب فى صورة ضرب خفيف slap أو صدمة كهربائية يكون ضروريا لتشتيت النوبات أو إيذاء الذات . أى إن العقاب يشتت هذا السلوك لكى تتاح الفرصة للمعالج لتشكيل وتدعيم السلوك المرغوب . ونتيجة لهذا البرنامج العلاجى تحسن كل الأطفال بدرجات متفاوتة . وبعد ثمانية شهور من العلاج استطاع بعض الأطفال أن يستخدموا اللغة تلقائيا وأن يتفاعلوا اجتماعيا بصورة تلقائية . وقد واصل الأطفال الذين عادوا لآبائهم المدربين على تعديل السلوك التحسن ، بينما انعكس إلى السلوك القديم الأطفال الذين أرسلهم آباؤهم إلى المؤسسات ، ويلجأ بعض المعالجين إلى تعليم الطفل لغة الإشارة بوصف أن هذا التعليم هو هدف فى حد

ذاته وخطوة أولى لإمكانية الكلام العادى . ومن الأفضل دائما لإنقاص سلوك إيذاء الذات تعليم الطفل سلوكا بديلا .

(٥) قام آزرين وزملاؤه بتجارب فى صورة من صور العقاب تسمى « التصحيح الزائد » over correction ففى تمارين التصحيح الزائد الإيجابى ، يطلب من العميل ممارسة السلوك الصحيح فى كل مرة يحدث فيها السلوك غير المرغوب . فمثلا ، إذا لوث الطفل حائطا برسوم ، طلب منه أن ينسخ عددا من الرسوم الهندسية بالورقة والقلم وفى حالة الطفل الشديد الانطواء حول ذاته أو الطفل الزائد النشاط الذى يضرب الأشياء أو يؤذى نفسه يذكر له أن سلوكه غير مناسب وأنه يتعين وقفه ثم يعطى تعليمات لفظية وتوجيه فيزيقى إذا دعت الضرورة للتصحيح الزائد كأن يرفع يديه فوق رأسه أو يمدها ، الخ .. أما فى « التصحيح التعويضى الزائد » ، فإنه يتعين أن يصحح العميل نتائج سوء سلوكه وأن يعيد الأمور إلى أحسن مما هى عليه عادة . فمثلا إذا لوث الطفل الحائط بعلامات ، يطلب منه إزالتها وتنظيف كل الحائط . وإذا قلب الطفل كرسيا تعين عليه أن يعيده إلى الوضع السليم مع كل بقية الأثاث – والصراخ قد يتطلب البقاء فى صمت غير عادى لفترة . ومثل هذه الإجراءات يقضى بها أحيانا قضاة محاكم الأحداث الجانحين . وفى علاج سرقة الطعام بواسطة الراشدين المتخلفين ، يتعين على السارق ليس فقط إعادة ما سرقه ولكن تقديم شىء إضافى من نفس النوع للضحية ، وقد أوقف هذا الإجراء سرقة الطعام فى ثلاثة أيام وكان أكثر كفاءة من مجرد إعادة الشىء المسروق . وفى علاج المتخلفين فى المؤسسات ، وجد أن طريقة فعالة لعلاج السلوك الهياجى المثير هى أن يعرض على العميل الاسترخاء لمدة ساعتين فى الفراش . فإذا سلك مسلكا هياجيا مثيرا خلال الخمسة عشر دقائق الأخيرة فرض عليه الاسترخاء ١٥ دقيقة إضافية علاوة على الساعتين . وقد أدى ذلك إلى إنقاص سريع لسلوك إيذاء الذات والتهديد والعدوان البدنى والصراخ .

العقاب غير الظاهر : ويتكون من تنفيذ العقاب فى الخيال . وقد أمكن القضاء على هلاوس بصرية وسمعية لمريض بالفصام البارانويدى عمره ٢٤ عاما كان يرى ويسمع فيها أمه وشقيقه المتوفيين ، وذلك عن طريق تعليمه معاقبتهما بأفكار

تتمثل فى إطعامهما الجبن الذى يكرهه المريض . إلّا أنه لا يعرف الكثير عن هذا الإجراء (١٣ ، ص ١٠٣) .

العقاب السـلبى : أى إلغـاء أو إقلال حدث ينتج عنه نقص فى السلوك المرتبط به .. ويتضمن ذلك غالبا إبعاد شىء مدعم عن الشخص حين يسىء السلوك . وينتج عنه أيضا بعامة عقاب إيجابى و/أو إنطفاء . ولذلك يصعب أن نحدد بدقة التأثيرات التى يمكن نسبتها إلى العقاب السلبى .

وفى تعديل السلوك هناك صورتان رئيسيتان للعقاب السلبى : ثمن الاستجابة response cost وزمن للإبعاد time out .

ثمن الاستجابة : وهو يعنى سحب أو فقدان تدعيم مرتبط بالسلوك كأن تلغى « الماركات » فى نظام « الماركات » أو توقيع غرامة كلما استخدم العميل جملة معينة أو ارتكب عملا مثل التدخين أو الأكل المفرط أو التهتهة أو الكلام الذهانى أو العدوان أو التأخر . ومن مزايا هذا الإجراء أن آثاره الجانبية المنفرة قليلة إذا قورن بالعقاب الإيجابى ، كما أنه يبقى على الفرد فى موقف التعلم وهو مالا يحققه نظام « زمن للإبعاد » .

زمن للإبعاد ، أو إزالة التدعيم لفترة من الزمن :ويتمثل هذا الإجراء فى فترة زمنية يبعد فيها التدعيم . وقد استخدم هذا الإجراء بفعالية فى الفصل المدرسى . وفيه يرسل الطفل الذى يسىء السلوك إلى منطقة الإبعاد ، ولتكن مثلا ركنا فى آخر الفصل يحجب بستارة ، وذلك لفترة زمنية محددة (١٠ دقائق مثلا) . ولكى يكون الإجراء فعالا ، يتعين أن تكون المنطقة التى يبعد منها الطفل (الفصل المدرسى) مدعمة له والمنطقة التي يبعد إليها غير مدعمة . ولا يمكنه فيها الحصول على « ماركات » . وقد استخدم هذا الإجراء للإقلال من السباب والصراخ والنوبات وإيذاء الذات لدى ثلاثة مرضى بالفصام المزمن كانوا حين يسيئون السلوك يبعدون لمدة خمس دقائق إلى عنبر ليس فيه غير الفراش . وسوف تكون لنا عودة إلى هذه الأساليب وتطبيقاتها فى التربية فى مقام تالٍ .

وأخيرًا قد يستخدم « العقاب السلبى غير الظاهر » أى تخيل عقاب حين يسلك العميل مسلكا غير مرغوب ، كأن يتخيل مثلا سرقة سيارته عقابا له على

ممارسة عادات طعام سيئة . ولكن لازالت هذه الإجراءات فى حاجة إلى بحوث للإجابة عن الكثير من الأسئلة المرتبطة بها .

ج – إشباع المنبه :

تناولنا فيما سبق طريقتين رئيسيتين لإنقاص السلوك غير المرغوب : الإنطفاء والعقاب . والطريقة الثالثة هى إنقاص التأثيرات المدعمة للأحداث المساندة للسلوك غير المرغوب . وإحدى الطرق إلى ذلك هى الإشراط المضاد التنفيرى . وطريقة أخرى مرتبطة بذلك هى إشباع المنبه stimulus satiation وفيها يغمر العميل بمدعم بصورة متكررة إلى أن يفقد الكثير أو كل تأثيره المدعم . فمثلا ، إذا كان الطفل مغرما بإشعال عيدان الكبريت فإنه يمد بكمية كبيرة منها ويتكرر ذلك إلى أن يفقد المدعم تأثيره . ولا يعرف على وجه الدقة كيف يعمل إشباع المنبه ولكن يبدو أنه يشمل مكونات مثل الإشراط المضاد التنفيرى والانطفاء الاستجابى لتأثيرات التدعيم وقد اتبع آيلون (١٣ ، ص ١٠٤) هذا الإجراء فى علاج مريضة عمرها ٤٧ عاما مقيمة فى المستشفى . وكان تشخيصها « الفصام المزمن » . وتتمثل إحدى مشكلاتها فى اختزانها للمناشف (الفوط) ففى وقت ما كان لديها فى الغرفة ما يتراوح بين ١٩ ، ٢٩ فوطة ، وكان الممرضات يسترجعن المناشف مرتين فى الاسبوع . وقد تكون العلاج من إعطائها فوطا بصورة متقطعة ابتداء بسبع مناشف فى اليوم إلى أن وصل إلى ٦٠ فوطة فى اليوم فى الاسبوع الثالث وعدم إزالة الفوط من غرفتها . وحين وصل عدد المناشف فى الغرفة إلى ٦٢٥ بدأت تلقى بها خارج الحجرة ولم تقدم لها فوط أخرى . وفى العام التالى كان متوسط عدد الفوط فى حجرتها ١,٥ فوطة فى الأسبوع .

وكذلك استخدم هذا الأسلوب بنجاح لعلاج التدخين (سيجارة كل ست ثوان) ، إذ انقطع ٦٠٪ من العملاء عن التدخين لمدة ستة شهور . وكذلك كان نفث دخان السجائر الساخن فى الوجه فعالا بوصفه إشراطا مضادا تنفيريا ، وكذلك حين جمع بين هذا الإجراء الأخير وإجراء إشباع المنبه . إلا أن هذا الإجراء لم يكن فعالا فى حالات أخرى ، كما أن التدخين السريع المكثف يشكل خطورة مع العملاء الذين يعانون من مشكلات القلب والتنفس .

الأحداث غير المعتمدة :

يقوم الإشراط الإجرائى على أساس تأثيرات الأحداث المشروطة بسلوك ، وهنا يتعين التمييز بين نوعين من الأحداث المشروطة : المعتمدة وغير المعتمدة . ويكون الحدث المشروط معتمدا حين يحدث فقط إذا وقع أولا سلوك معين ، بينما تقع الأحداث غير المعتمدة non-dependent events مستقلة عما يفعله الشخص . ويتطلب الإشراط الإجرائى فقط أن يكون الحدث مشروطا سواء كان معتمدا أو غير معتمد . إلّا أن معظم البرامج الإجرائية المطبقة تقوم على أساس أحداث مشروطة معتمدة . وبقى هنا أن نناقش فى الفقرة التالية تأثيرات الأحداث غير المعتمدة . إذا كان الحدث غير المعتمد تدعيما ، فإن الشخص قد يدعم للقيام بشىء لا يرتبط ارتباطا سببيا بالتدعيم . ويسمى مثل هذا السلوك « سلوكا خرافيا » . فمثلا ، قد يقرر معالج أن يحاول تطبيق نوع جديد من العلاج على عملائه وقد يتحسن العملاء لأسباب غير هذا النوع الجديد من العلاج ، ربما بالتأثير الخداعى placebo أو بتأثير التغيرات الشخصية خارج العلاج . فهنا قد يكون التحسن لدى العملاء مدعما للسلوك « الخرافى » من قبل المعالج نحو العلاج الجديد . ونظرا لأن الخرافات يحتفظ بها على أساس جدولة متقطعة من التدعيم ، فإنه يصعب انطفاؤها . فإذا كان الحدث غير المعتمد عقابا ، فإن النتيجة قد تكون « عجزا متعلما » learned helplessness وهو حالة من الاستسلام السلبى تنتج عن تعلم استقلال السلوك وعواقبه . أى أنه إذا تعلم الشخص أن الأشياء سوف تحدث له بصرف النظر عن سلوكه ، فإنه قد يصبح مستسلما استسلاما سلبيا ومتقبلا لما يحدث له دون محاولة من جانبه لتغيير النتائج . ويصدق ذلك على المدعمات الغير قابلة للتحكم فيها وعلى العقاب الغير قابل للتحكم فيه . ولكن الأخير هو الذى أجريت فيه معظم البحوث . فالطفل فى الفصل المدرسى أو المريض فى المستشفى حين يدرك كل منهما أن سلوكه ليس له تأثير على ما يحدث له قد ينشأ لديه « العجز المتعلم » وهذا هو سبب للمحافظة على الاتساق فى البرامج الاجرائية . وقد يكون العجز المتعلم مكونا فى مدى عريض من المشكلات السلوكية بما فى ذلك الطفل المنزوى والراشد الذى لا يؤكد ذاته والعميل الذى يعجز عن اتخاذ قرار وبعض صور الاكتئاب وربما الإسراع بالوفاة لدى بعض كبار السن .

إرجاع الأثر :

من المفيد أن نتذكر أن كل إشراط إجرائى هو نظام فرعى من نظام أشمل هو « إرجاع الأثر » feedback ، أى تزويد الفرد بمعلومات عن تأثيرات سلوكه . فتحريك الذراع يتطلب إرجاع أثر من عضلات الذراع عن تأثيرات الحركة . والكلام يستخدم إرجاع الأثر من اللسان والشفتين وإرجاع أثر سمعى من سماع صوتك . والتعليم يستعين بإرجاع الأثر من الاختبارات . والمواقف السياسية تتغير أحيانا نتيجة إرجاع أثر من الناخبين فى الاستفتاءات . وفى كل مرة نقوم فيها بشىء (من حركة بسيطة إلى تفاعل اجتماعى معقد) فإننا نتلقى إرجاع أثر بمقادير مختلفة عن تأثيرات سلوكنا على أنفسنا وغيرنا وبيئتنا . ويوجه إرجاع الأثر السلوك فى الحاضر وفى المستقبل .. وقد يكون لإرجاع الأثر واحد أو أكثر من التأثيرات التالية : (١) تدعيم أو عقاب . فمثلا الحصول على تقدير إمتياز فى امتحان قد يكون مثيبا للطالب كى يحافظ على نفس مستواه فى الامتحانات القادمة ؛ (٢) قد يحدث إرجاع الأثر تغييرات فى الدافعية ، مثلا فى الأهداف التى يحددها الفرد لنفسه . فالحصول على تقدير أقل من المتوسط فى امتحان قد يدفع الطالب إلى مضاعفة الاستذكار . (٣) قد يقدم إرجاع الأثر معلومات هادية توجه التعلم والأداء . فمثلا ، إذا كان أداء الطالب ضعيفا فى امتحان ، فإن ذلك قد يجعله يرى أن السبب هو أن الامتحان قد أكد على المحاضرات داخل الفصل وهى ما تجاهله ؛ (٤) قد يقدم إرجاع الأثر خبرة تعلم جديدة أو مرانا على تعلم سابق . فحين يتلقى الطالب ورقة إجابته عن امتحان بعد تصحيحه ، فقد يتعلم الاجابات الصحيحة لأسئلة لم يكن يعرف الإجابة عنها .

وإذا كان الإشراط الإجرائى هو جزء من إرجاع الأثر ، فإنه يجب عدم تجاهل المكونات الأخرى لإرجاع الأثر . فحين يعاقب الوالدان الطفل يجب أن يقدما له إرجاع أثر دقيق عن أسباب عقابه وما هى البدائل المفضلة . والمدير يجب ألا يكتفى بالثناء على العامل ، بل أن يبين ما الذى يثنى عليه . ففى إحدى الدراسات فى علاج المخاوف كان يثنى على العملاء لبقائهم فى الموقف موضوع الخوف دون حدوث تقدم يذكر ، ولكن تحقق تحسن كبير حين أعطى العملاء إرجاع أثر دقيق عن أدائهم .

وثمة نظام فرعي آخر لإرجاع الأثر هو إرجاع الأثر البيولوجي (الحيوى) أى استخدام وسائل آلية لتقديم معلومات عن نشاط وظائف الجسم التى لا يتوفر لدى الفرد إرجاع أثر كاف عنها . فمثلا ، قد يربط حول الفرد جهاز يقدم له معلومات مستمرة عن ضغط دمه ، ومن ثم يتعلم العميل رفع أو خفض ضغط دمه طبقا لإرادته . وقد استخدم هذا الإجراء فى علاج مشكلات كثيرة مثل تحسن القراءة عن طريق إنقاص الكلام غير الظاهر من خلال إرجاع أثر من تفاحة آدم ، وانقاص صداع التوتر عن طريق استرخاء عضلات الرقبة والرأس . كما تقاس فى إرجاع الأثر الحيوى ؛ وإنقاص صداع الشقيقة migraine عن طريق إنقاص سريان الدم إلى الرأس . وتوليد موجات مخية معينة قد تيسر الاسترخاء . ويرى مكيـولاس (١٣ ، ص ١٠٧) إن إرجاع الأثر الحيوى مفيد ولكنه قد يكون أقل فعالية من الإجراءات التى لا تعتمد على أجهزة . فمثلا قد يفيد الشخص الذى يعانى من صداع التوتر من التدريبات على الاسترخاء العضلى لهذه العضلات المعينة أكثر مما يفيد من إرجاع الأثر . وذلك لأن العميل يتعلم كيف يميز بين هذه العضلات وينظمها من غير الاستعانة بالأجهزة . ولكن من ناحية أخرى قد ييسر إرجاع الأثر المراحل الأولى من التدريب على استرخاء العضلات .

الفصل الخامس

النمزجة

تأكيد الذات

الضبط الذاتي

النمذجة

النمذجة **Modeling** جزء أساسى من برامج كثيرة لتعديل السلوك . وهى تستند إلى افتراض أن الإنسان قادر على التعلم عن طريق ملاحظة سلوك الآخرين وتعرضهم بصورة منتظمة للنماذج . ويعطى الشخص فرصة لملاحظة نموذج ويطلب منه أداء نفس العمل الذى يقوم به النموذج . والميكانيزمات الفعالة فى هذا النوع من التعلم غير واضحة كما أنه لا يوجد اتفاق نظرى عام عن كيفية عملها . إلّا أنه فى التحليل الإجرائى قد تعمل النمذجة على أساس تدعيم الشخص نتيجة تقليده لسلوك الآخرين . غير أن هذا التفسير يتسع أحيانا ليغطى الاكتساب المبدئى لاستجابات جديدة حيث لا توجد استجابة ظاهرة لتدعيمها أو مواقف لا يوجد فيها تدعيم ظاهر ، أو أن التدعيم يتأخر لمدة طويلة . ويقدم باندورا تفسيرا على أساس نظرية التعلم الاجتماعى ، فيرى أن النمذجة تقدم معلومات يكتسبها الشخص بوصفها تمثيلات رمزية للحدث المنمذج . ويرى باندورا أن هناك أربع عمليات متضمنة فى النمذجة هى :

(١) العمليات الانتباهية وهى تنظم المدخل الحسى وإدراك الحدث المنمذج : ويشمل ذلك خصائص النموذج التى تجذب الانتباه والحوافز مثل التدعيم المحتمل للانتباه للحدث .

(٢) عمليات الاحتفاظ retention وهى تشير إلى عمليات الترميز والتى يترجم فيها الحدث الملاحظ إلى دليل للأداء مستقبلا . ويلاحظ أن ما يختزن ليس هو مجرد ما يلاحظ ولكنه تمثيل مرمز ، ربما تجريد لمعلومات من أحداث أو مصادر عديدة . وتشمل عمليات الاحتفاظ أيضا إعادة تدريب على الخبرات فى إطار نظام رمزى . وقد ييسر الاحتفاظ من خلال تلخيص أو وصف العميل أو النموذج لما حدث و/أو أن يتدرب العميل على السلوك المنمذج .

(٣) عمليات إعادة الإنتاج الحركى وهى تشير إلى تكامل مختلف الأفعال المكونة فى أنماط استجابة جديدة ، بينما تحدد عمليات الحافز أو العمليات الدافعية ما إذا كانت الاستجابات المكتسبة من خلال الملاحظة سوف تؤدى . وطبقا لباندورا فإن دور التدعيم والحوافز هو تيسير الانتباه إلى الحدث المنمذج وتشجيع المراد

والترجمة إلى سلوك ظاهر . ولذلك ، فإنه من المرغوب فيه غالبا أن يتلقى النموذج تدعيما لسلوكه أو أن يكون النموذج هو الشخص الذى يتحكم فى التدعيم الذى يتلقاه الملاحظ .

وقد أوضحت الخبرات الكثيرة أنه يمكن تعديل السلوك عن طريق النمذجة فى مواقف متنوعة منها : تغيير الاستجابات للمنبهات فى المخاوف المرضية ، اكتساب السلوك الاجتماعى والمعرفى ، تحديد محكات ذاتية لسلوك الفرد والتحدث فى صراحة عن الذات . وقد تكون النماذج أشخاصا أحياء ولكن يمكن استخدام الأفلام أو أشرطة الفيديو لهذا الغرض . ومن الأفضل أن يكون النموذج مشابها للعميل إلّا فى حالات معينة كأن يكون النموذج طفلا يمسك بثعبان والعميل راشدا . وقد يكون من الأفضل ألا يكون النموذج ظاهر الهدوء تماما عند اقترابه من موضوع الخوف لأن ذلك يبدو غير واقعى بالنسبة للعميل كما أنه يزيد من قلقه لشعوره بالعجز .

وتزداد فعالية النمذجة إذا جمع بينها وبين إجراءات أخرى . فمثلا ، فى الإقلال من المخاوف يجمع بين إزالة الحساسية عن طريق الاتصال : النمذجة والمشاركة الموجهة . وفى الإشراط الإجرائى ، فإن النمذجة تكون طريقة فعالة لكى يحدث السلوك بينما يكون التدعيم طريقة للاحتفاظ بالسلوك بعد حدوثه . وكذلك يمكن استخدام النموذج لتعليم السلوك فى مختلف مراحل الهيراركية . وفى المواقف الإكلينيكية يكون لعب الأدوار والتدريب السلوكى إضافات مساندة مفيدة للنمذجة .

وقد استطاع أوكونر (ف ١٣ : ص ١٠٤) أن يغير السلوك الانزوائى الاجتماعى لدى أطفال دور الحضانة إلى سلوك فيه قدر أكبر من التفاعل الاجتماعى عن طريق عرض فيلم يظهر تفاعلات اجتماعية نشطة وإيجابية بين الأطفال فى الوقت الذى يؤكد فيه صوت الفيلم على السلوك المناسب للنماذج . وكذلك يمكن تعديل سلوك الأطفال المنطوين على ذواتهم عن طريق تعريضهم لنماذج من أطفال يظهرون سلوكا اجتماعيا مثل الأخذ والعطاء . بل أمكن تغيير سلوك قائدى السيارات نحو مساعدة السائقين الآخرين ممن يحتاجون إلى مساعدة (مثلا فى تغيير إطار السيارة) عن طريق تعريضهم فى الطريق لنموذج شخص يساعد سائقا آخر فى حاجة إلى المساعدة وقد زاد

السلوك التعاونى بهذا الإجراء عن سلوك قادة السيارات الذين تعرضوا لسيارة أخرى لا يخف أحد لمساعدة قائدها المحتاج إلى المساعدة .

ويمكن أيضا تعليم الأحداث الجانحين من خلال نمذجة بعض المهارات الاجتماعية والمهنية مثل طلب عمل أو مقاومة الضغوط الاجتماعية الموجهة إليهم للسلوك غير المرغوب . وتكشف نتائج بعض التجارب عن أن الأفراد يمكن أن يقلدوا السلوك العدوانى المنمذج فى الأفلام . كما أننا نلمس ما يؤيد ذلك فى الأحداث اليومية التى يقرر فيها مرتكبوا جرائم العنف أنهم استمدوا بعض أفكارهم من مشاهدة التليفزيون . ولكن فريقا آخر يرى أن مشاهدة العنف قد يخدم كمتنفس للمشاهدين ومن ثم ينزعون إلى أن يكونوا أقل عدوانية . إلا أن مكيولاس يرى أن نظرية التنفيس هذه لا تجد الكثير مما يؤيدها . ويرى البعض أنه من الضرورى التمييز بين العدوان والعداوة . فالعدوان هو إيقاع الأذى بدون قصد . ولكن العداوة هى استجابة انفعالية تنتج عن موقف يدركه الفرد على أنه يستثير الغضب . ويرى هؤلاء البعض أن مشاهدة العنف قد تزيد العدوان و /أو تنقص العداوة . وإذا كانت هناك تقارير عن ارتكاب جرائم عنف بعد مشاهدة برامج تليفزيونية للعنف ، فإن ذلك لا يثبت بالضرورة أن المشاهدة تزيد العدوان ولكنها قد تؤثر فى الصورة التى يحدث بها العدوان . ذلك أن الفعل العدوانى هو محصلة عوامل كثيرة تشكل مشاهدة العنف عاملا واحدا منها فقط . ومن هذه العوامل الأخرى درجة ونوع العقاب الذى يوقع على النموذج نتيجة السلوك العدوانى ودرجة التشبع بمشاهد العنف (ربما إزالة الحساسية) والتى قد يترتب عليها أن الفرد لن يستثار إلا بمشاهد أكثر عنفا وقد لوحظ أن حديث الصحف عن الانتحار كانت تتبعه زيادة فى معدلات الانتحار (١٣ ، ص ١١٥) .

والخلاصة ، تقدم النمذجة الاجتماعية مواقف يمكن فيها للعميل تعلم سلوك جديد أو الإقلال من سلوك مشكل دون حاجة إلى الممارسة أو التدعيم المباشر . كما أنها ذات فعالية فى عرض السلوك الإنسانى المعقد ، ويمكن استخدامها فى العلاج الفردى والجماعى .

ورغم أن إجراءات النمذجة قد تختلف من موقف لآخر ، إلّا أنها تبدأ عادة بأن يقدم المعالج فى خطوات سلسلة نماذج حية أو رمزية (تسجيلات صوتية أو مرئية أو

أوصاف مكتوبة) لعرض السلوك المعين الذى يحتاج العميل إلى اكتسابه لحل مشكلته . ويستخدم المعالج الممارسة الموجهة والتدعيم المنتظم بالإضافة إلى المتابعة والتدعيم حين يستخدم العميل السلوك الجديد خارج موقف العلاج . ومن أوائل التجارب فى هذا المجال تلك التى قام بها كرمبولتز وثوريسين واستخدم فيها الأسلوب الذى اسمى « العلاج عن طريق النموذج – التدعيم » . وفيه يقدم المعالج شريطا مسجلا لمقابلة تتم بين معالج وعميل يدعم فيها المعالج – النموذج العميل – النموذج لفظيا حين يناقش هذا الأخير الأنواع المختلفة من سلوك اتخاذ القرار فيما يتصل بخططه المدرسية والمهنية . وبعد أن يستمع العميل للشريط ، يقوم المعالج بتدعيم الاستجابات اللفظية للعميل والتى تشير إلى تقليده للسلوك المرغوب أو لإعطائه استجابات شبيهة بما أعطاه العميل – النموذج . وقد وجد الباحثان أن النمذجة مع التدعيم أكثر فعالية مع الذكور . أما الإناث فقد استجبن للنمذجة الاجتماعية أو للنمذجة مع التدعيم بنفس الفعالية . كما أن العلاج الجماعى كان بنفس القدر من الفعالية مثل العلاج الفردى ، إلّا أن الذكور كانوا أكثر سعيا وراء المعلومات فى العلاج الجماعى . وبالإضافة إلى استخدام النموذج لمساعدة عميل على اكتساب سلوك جديد أو تقوية سلوك قائم ، فقد استخدم أيضا للمساعدة فى انطفاء استجابة انفعالية قائمة أو اكتساب استجابة جديدة . واجراءات النمذجة المتخذة لهذا الغرض تندرج تحت ثلاث فئات هى :

(أ) الإنطفاء غير المباشر (أو البديل) ، وفيه يعرض المعالج العميل لسلسلة من الأحداث النموذجية التى يكون فيها منهج النموذج فى مواجهة المنبه الباعث على الخوف أو فى مواجهة السلوك المثير للقلق ، مؤديا إلى عواقب إيجابية بدلا من عواقب نفور – ويفترض نظريا أن التعرض لهذه الإجراءات النموذجية يسمح للعميل بأن يخبر الاستجابات الانفعالية بصورة غير مباشرة ولكن فى مستوى من الاستثارة أقل مما يدفع العميل عادة إلى تجنب الموقف المشكل . وفى تجارب لباندورا وزملائه فى علاج الخوف من الثعابين وجدت نسب النجاح التالية فى المجموعات التجريبية الثلاث على التوالى مقارنة بالمجموعة الضابطة : (١) نماذج رمزية تستخدم ذاتيا (فيلم) مع إجراءات الاسترخاء (٣٣٪) ؛ (٢) نمذجة حية متدرجة مع ممارسة موجهة فورية من قبل الملاحظ (٩٢٪) ، (٣) التخلص التدريجى من الحساسية (٢٥٪) .

(ب) الاستثارة غير المباشرة (أو البديلة) وتستخدم فى حالات العملاء الذين يعجزون عن الاستجابة الانفعالية أو الذين يعطون استجابات غير ملائمة لمواقف معينة . فمثلا ، بالإضافة إلى إزالة الحساسية والتدريب على الاسترخاء ، قد يستعان بعرض أفلام تقدم نماذج متدرجة من الاستثارة فى مواقف مرتبطة بالموضوع .

(ج) التقليد : يستخدم المعالج المحاكاة ، أى مواقف نموذجية تقلد مختلف جوانب بيئة العميل . ويسمح ذلك الإجراء للعميل بأن يمارس مع المعالج فى المواقف التى ينخفض فيها مستوى الضغط والمعاناة ، أنواع السلوك التى يكون فيها أقل كفاءة ، وبذلك ييسر الإقلال من استجابات التجنب وإعطاء استجابات الإقبال . ويستخدم فى هذا الأسلوب لعب الأدوار ، وبعض صور معدلة من السيكودراما ، والعلاج عن طريق اللعب . وقد استخدمت الدمى فى علاج خوف طفل من المدرسة وذلك عن طريق التدرج فى محاكاة الذهاب إلى المدرسة والبقاء فيها واللعب والدراسة مع الآخرين . وفى أسلوب باندورا المعروف باسم « النمذجة المشاركة المتدرجة » يبدأ العلاج بإعداد قائمة تتدرج فيها صعوديا المواقف أو الموضوعات التى تستثير الخوف . فمثلا ، قد يبدأ العلاج بإدخال الطفل إلى حجرة ربط فى نهايتها على بعد كلب صغير إلى كرسى . ويشجع الطفل على الاقتراب من الكلب على خطوات متدرجة صغيرة إلى أن يستطيع لمسه واللعب معه – وقد تكون الخطوة الأخيرة اللعب مع كلب طليق أكبر حجما – ويبدأ المعالج عادة بالقيام بكل خطوات القائمة الهيراركية وهو محتفظ بهدوئه ويقوم فى نفس الوقت بوصف ما يفعله ، ويعبر عن شعوره بالراحة ثم يكرر المعالج أول خطوة أو أقلها استثارة للقلق ، ويشجع المريض على القيام بها بعد ذلك مباشرة ، وقد تتكرر هذه الخطوة إلى أن يقرر العميل أنه لا يحس بالقلق . ثم يقوم المعالج بالخطوة التالية فى الهيراركية ويشجع العميل على القيام بمثلها بعد ذلك مباشرة . وهكذا إلى أن تكمل كل الخطوات فى جلسة واحدة أو عدة جلسات . وتكرر الخطوات الأخيرة عدة مرات على فترات طويلة منعا للانتكاس .

تأكيد الذات

التدريب على المهارات الاجتماعية : يشاهد القصور فى المهارات الاجتماعية غالبا لدى المرضى السيكياتريين وفى حالات معينة ، قد يكون هذا القصور عاقبة من عواقب المرض السيكياترى (مثلا المراهق المصاب بالتأتاة وما يعانيه من حرج نتيجة لذلك فى مواقف التلاقى مع الجنس الآخر مما يؤدى إلى تجنبه لمثل هذه اللقاءات) ، أو قد يسهم هذا القصور بوصفه سببا للمرض (كما يتمثل فى اضطرابات ضبط الاندفاع ، المقامرة مثلا) ، أو قد يكون هذا القصور من ملامح الاضطراب نفسه (كما هو الحال فى بعض اضطرابات الفصام) ، وتتعدد وتتنوع استخدامات التدريب على المهارات الاجتماعية فتتراوح من تدريب للطالب الجامعى الخجول ، قد يكفى فى حد ذاته لعلاج الحالة إلى مكون هام من مكوناته برنامج علاجى للفصام . وتشتمل طرق التدريب على التعليمات المباشرة والتوجيه المباشر للسلوك الاجتماعى للمريض ؛ نمذجة للتفاعل الاجتماعى الفعال يقوم بها المعالج أو مساعده ؛ المران السلوكى عن طريق لعب الأدوار فى مواقف محاكاة ؛ إرجاع الأثر للمريض عن الجوانب الفعالة وغير الفعالة فى أدائه الاجتماعى ؛ التدعيم الاجتماعى من قبل المعالج ، ومن قبل غيره المشروط بالاستجابات الاجتماعية المرغوبة من قبل المريض . ومن المهم أن يتدرب المريض على المهارات المكتسبة فى مواقف الحياة اليومية والمتنوعة للتأكد من انتقال أثر التدريب . وتشير دراسات إكلينيكية مضبوطة إلى قيمة العلاج السلوكى عن طريق التدريب على المهارات الاجتماعية مقارنا بأنواع أخرى من العلاج مثل أسلوب « الماركات » الرمزية (٥ ، ص ١٣٠٣) ولعل أشد الفئات الإكلينيكية حاجة إلى مثل هذا العلاج هى فئات المرضى السيكياتريين المزمنين لمساعدتهم فى التعامل مع المجتمع .

التدريب على تأكيد الذات : Self Assertion وهو فى تقدير جولدشتين (٧ ، ص ٢٢٨) أعلى التدخلات السلوكية قيمة ، وهو الأسلوب الذى يغلب أن يكون مطلوبا لتعديل السلوك غير المواثم فى العلاقات بين الأشخاص . ويمارس هذا التدريب من خلال الجمع بين تدخلات تقود المريض إلى الشعور وإلى الفعل على أساس افتراض أن له الحق فى أن يكون ما هو عليه وأن يعبر فى حرية عن مشاعره طالما أنه لن يسبب

الأذى لأحد . ويجب التمييز بين تأكيد الذات والعدوان ، ذلك أن تأكيد الذات لا يشمل التعبير عن الغضب أو الضيق فقط ، ولكنه يشمل أيضا التعبير عن كل المشاعر بما فى ذلك مشاعر الحب والدفء - ويقترح جولدشتين مصطلحا يراه أدق تعبيرا عن المعانى المقصودة وهو « التدريب علي التعبير الملائم » ، ذلك أن التعبير الملائم هو التعبير الذى ينقل بدقة مشاعر الشخص بطريقة تؤدى إلى أكثر النتائج الإيجابية الممكنة ، وهو تعبير من حيث أن ما يتدرب عليه الشخص هو الطرق التى ينقل بها ما يشعر به حقيقة فى الموقف . ويقدر المعالج حاجة المريض إلى هذا التدريب بعد أن يستمع إلى وصف المريض لتفاعلاته مع الآخرين ، وبعد أن يتحرى عن علاقاته مع الزملاء والمرءوسين والرؤساء والوالدين والأطفال وغيرهم من الناس فى بيئته . ومما يشير إلى الحاجة إلى التعمق فى بحث سلوك المريض تعبيراته عن شعوره بالنقص إزاء الآخرين ، وبالإحباط نتيجة سلوكهم إزاءه ، والغضب والشعور بالذنب أو أن الآخرين يستغلونه لمصلحتهم ، ويسأل المعالج عن وقائع معينة ومفصلة ترتبط بالتفاعلات التى تؤدى إلى المشاعر السابقة كي يحدد مجالات الارتباط بالآخرين والتى تتطلب تحسينا ، وقد يكون نقص التعبير الملائم عاما يشمل كل التفاعلات . وفى هذه الحالة فإن المريض يغلب أن يكون مبالغا فى الأدب ودائم الاعتذار للآخرين عن سلوكه ومتجنبا للمواجهة . ويسمح للآخرين باستغلاله ، ولكنه فى نفس الوقت يحس بمشاعر الغضب والخوف من الآخرين والنقمة أو يعانى من اضطرابات سيكوسوماتية أو اكتئاب . أما الشخص الانبساطى الذى تنقصه القدرة على تأكيد ذاته التأكيد الملائم فإنه يغلب أن تنقصه الحساسية إزاء مشاعر الآخرين فى تفاعلاته معهم وأن يسلك مسلكا عدوانيا إزاءهم . ومن الناحية الأخرى ، فإن الشخص الذى يؤكد ذاته بعامة ، قد يواجه صعوبات فى مواقف معينة منعزلة مثلا مع والديه ورؤسائه . ومثل هذا الشخص يصفه رئيسه عامة بإنه مشكلة . وغالبا ما يتوفر لديه مخزون من الاستجابات التعبيرية التى يحبسها القلق فى الموقف المعين .

والقصد من التدريب على تأكيد الذات هو تعليم الشخص السلوك التأكيدى المناسب والفعال والمعقول . ولا يمكن فى هذا المجال تجاهل المعايير الثقافية المتعلقة مثلاً بدور الأنثى والصغير والمرءوس مقابل الذكر والكبير والرئيس على التوالى وقد تفيد هذه البرامج الأشخاص العدوانيين ، النوع من التدريب أقل شيوعا . والكثير من برامج التدريب على تأكيد الذات هى

تعليم « التمييز » لأن العميل لا يعرف السلوك التأكيدى المناسب أو تنقصه الفعالية فى السلوك مسلكا تأكيديا . ولذلك تستخدم النمذجة غالبا لعرض السلوك المرغوب . ولزيادة فعالية هذا التدريب يجمع بينه وبين إجراءات أخرى مثل التحكم فى القلق وإزالة الحساسية والمناهج المعرفية . وقد يفيد التدريب أيضا لمن يرتبطون بالعميل ، مثل تدريب زوجة كحولى لكى تسهم فى تنفيذ البرنامج العلاجى .

والشخص الذى ينقصه بعامة تأكيد الذات ، يغلب ألا يكون واعيا بالعلاقة بين هذا السلوك وبين المشاعر غير السارة والاضطرابات السيكوسوماتية ، وهو يعبر غالبا عن اتجاهاته فى عبارات يكثر من ترديدها مثل : « لا أريد أن اضغط على الآخرين » . وفى مثل هذه الحالات يكون من الضرورى الشرح الكامل للعلاقة بين مشاعرهم ومشاعرهم نحو ذواتهم والنقص فى السلوك الملائم . ويتعين أن يطلب منهم فى البداية القيام بأعمال بسيطة يزداد احتمال نجاحهم فيها ، وأن يقوم قدر كبير من التفاعل بينهم وبين المعالج استعدادا لمواجهة « الحدث الحقيقى » . ويستعين البعض لتحديد الحاجة إلى التدريب على تأكيد الذات بأدوات إضافية تشير كلها إلى درجة ملاءمة السلوك فى عدد متنوع من المواقف(*) .

وحين يتفق على أن هناك حاجة إلى التدريب على التعبير الملائم ، فإن المعالج يطلب من المريض أن يحتفظ بسجل (يومية) لتفاعلاته ، وأن يقدر نسبة المواقف التى تناولها تناولا ملائما إلى تلك التى تناولها تناولا غير ملائم ، وذلك على أساس محك هو : كيف كان شعوره خلال التفاعلات وبعدها . ويناقش المعالج فى الجلسة وبالتفصيل هذه التفاعلات ، بحيث يحصل على معلومات كاملة عما قاله كل شخص فيها . وقد يقترح طرقا بديلة للتعبير إذا تطلب الأمر ذلك . وكثيرا ما ينتاب المريض قلق زائد فى الموقف يعوقه عن التعبير الملائم . وفى هذه الحالة ، فإن المعالج يستخدم

---

* من أمثلة هذه الأدوات بعض الاختبارات التى أشرنا إليها فى الفصل الثانى ، والاختباران التاليان :

(1) Omnibus Personality Inventory, Form F., (Heist P., Young G., Mc Connel, R.R., & Webster, H. New York: Psychological Corporation).

(2) Edwards Personal Preference Schedule: College and Adults (Edwards, Allen L. New York Psychological Corporation)

وتوجد ترجمة عربية لهذا الاختبار الأخير .

« لعب الأدوار » فيقوم هو أولا بدور المريض على سبيل النموذج ، ثم يعطى للمريض الفرصة لتكرار « الأداء » إلى أن يستطيع الاستجابة بطريقة تشعره بالراحة ، وينتج عن مجرد لعب الأدوار عادة شعور المريض بالقلق تماما كما يحدث فى الموقف الحقيقى ، ولكن حالة القلق هذه تتناقص باضطراد بتكرار المريض للأداء عدة مرات إلى أن يكتسب القدرة على ضبط الاستجابات فى مختلف المواقف . وبينما يتعين أن يكون كل مريض قادرا على التعبير عن نفسه بأسلوبه الفردى المميز له ، إلّا أنه من المفيد الاستعانة ببعض الملاحظات الموجهة . وكثيرا ما يخاف المرضى من التعبير ، لأنهم يشعرون بأنهم مسئولون إزاء من يوجه إليهم هذا التعبير وبخاصة إذا كان أبا أو أما ، وفى هذه الحالة يتعين أن يوضح للمريض أن تحكم الشعور بالذنب فى سلوكه يؤذى علاقاته بالآخرين كما أنه يسبب الأذى لهم .

ولهذه الأسباب ، فإنه يغلب أن تكون الخطوة الأولى فى التدريب على تأكيد الذات مناقشة حقوق العميل التأكيدية معه . وقد يكون ذلك عن طريق قراءات لمواد تتناول هذه الحقوق ، ومنها مثلا : « من حقك أن تغير رأيك » ؟ « من حقك أن تقول لا دون أن تشعر بالذنب » . وقد يكون من الضرورى مناقشة العميل فى مدى اعتقاده بما إذا كانت له حقوق تأكيدية . فقد تحسّ زوجة مثلا أنه ليس من حقها معرفة تفاصيل الموارد المالية للعائلة أو أوجه صرفها . ورغم أن ذلك الموضوع يرتبط بالقيم الخلقية ، إلّا أنه يستحق المناقشة .

ويشمل التدريب الفعلى على السلوك التأكيدى ، السلوك غير اللفظى مثل الاتصال بالعين وحركات الجسم والقامة والتعبيرات الوجهية ؛ وكذلك السلوك اللفظى مثل نغمة الصوت ونبرته وحجمه ومضمون ما يقال ومهارات الاتصال الأساسية والتعبير عن المشاعر مثل مشاعر الاهتمام الايجابية والغضب البناء والاستجابات اللفظية فى مواقف معينة . ويتم التدريب غالبا فى مواقف حقيقية على أساس المحاكاة ، والتى يحتاج فيها العميل إلى أن يكون أكثر تأكيدا لذاته مثل ، مواقف التعارف مع أفراد من الجنس الآخر . وينمذج المعالج السلوك التأكيدى المناسب — وقد يستخدم الفيديو لتقديم النماذج أو نصوصا مكتوبة لسلوك النموذج أو نمذجة غير ظاهرة، يتخيل فيها العميل النموذج وبعد ملاحظة النموذج يتمرن العميل على السلوك ويقلد سلوك النموذج ويصاحب ذلك إرجاع أثر من المعالج بما فى ذلك مقترحات

للتحسين وتدعيم اجتماعى . كما أن تسجيل سلوك العميل على شريط فيديو قد يكون أيضا أسلوبا مناسبا ومفيدا لتقديم إرجاع الأثر . ويجرب العميل استجابات مختلفة على أساس تخيله لاستجابات الطرف الآخر ، مثلا رفض العميل لطعام يقدم إليه فى مطعم وتخيل الاستجابات المحتملة من قبل « الجرسون » لهذا الرفض . كما يتدرب العميل من خلال التخيل . خاصة خارج العيادة . وقد يطلب منه القيام بدور الطرف الآخر ، وهو ما يسمى « عكس الدور » .

وبعد أن ينمى العميل مهارات التأكيد فى العيادة ، تعطى له تمرينات مسلسلة لممارستها فى عالم الواقع وذلك من خلال التشكيل والهيراركية للمواقف ، أى تدرجها من البسيط إلى المعقد . ومن الأفضل الابتداء بالتعامل مع أشخاص لايتوقع منهم رفض السلوك التأكيدى ولكن يتدرج بعد ذلك إلى مثل هذه المواقف . وللتدريب على تأكيد الذات فى جماعة مزايا منها : تنويع أكبر فى النماذج وتشابه أكبر مع عالم الواقع وتقديم فرص أكبر للتدعيم . إلّا أن من مساوئه أن الوقت الذى يخص الفرد الواحد يكون أقل ، كما أن البرنامج يكون أقل فردية ، هذا فضلا عن أن الموقف الجماعى قد يستثير القلق لدى بعض العملاء .

إجراءات التنظيم (أو الضبط) الذاتى

يتضمن التنظيم الذاتى بوصفه استراتيجية علاجية المواقف التى يكون فيها الفرد نفسه أداة تغيير سلوكه . وفى هذه الاستراتيجية العلاجية يرتب المعالج التدعيم بصورة ينتقل فيها العميل من الضبط الخارجى لسلوكه إلى الضبط الداخلى لهذا السلوك . وهو موقف اختيارى ، كما يحدث بالنسبة للفتاة الخجولة التى تبادىء بمحادثة الآخرين بدلا من تجنب الموقف . ومن أساليب الضبط الذاتى : الملاحظة الذاتية ، تخطيط البيئة والبرمجة السلوكية . وهى تتضمن السلوك الداخلى مثل الأفكار والصور والاستجابات الفسيولوجية كما تتضمن السلوك الخارجى . ويشتمل أسلوب التنظيم الذاتى عامة على قيام المعالج بتعليم العميل المبادأة ببعض استجابات الضبط الذاتى مع تدعيم خارجى فى المواقف التى يحدث فيها عادة السلوك غير المرغوب . وقبل أن نناقش أساليب الضبط الذاتى من المهم التأكيد على أنها ليست مستقلة تماما .

فالملاحظة الذاتية مثلا يمكن النظر إليها بوصفها نوعا من البرمجة الفردية التى يستخدم فيها الشخص سلوكه هو للتغير (١٩) .

الملاحظة الذاتية : لملاحظة وتسجيل السلوك المراد ضبطه يتعين أن يكون الشخص واعيا بما يفعله . وتمثل مهارات الملاحظة الذاتية (أو التسجيل الذاتى أو الرقابة الذاتية كما يطلق عليها أحيانا) طريقة لتنمية الوعى ، أى معرفة المنبهات أو المعلومات التى قد تؤثر فى أفعال الفرد ، وهى بيانات يجمعها الشخص عن افعاله هو . واتساقا مع النظرة السلوكية تجمع البيانات عن السلوك الهام ، أى الاستجابة التى يراد ضبطها قبل محاولة إحداث أى نوع من التغيير . وقد تجمع بيانات أحيانا عن الأحداث المواكبة ، ولكن يتعين أن تجمع دائما أولا . وتؤدى الملاحظة المنظمة والتسجيل والتحليل من جانب الفرد لسلوكه إلى تزويده بسجل متطور ومستمر لأفعاله . ويؤدى إرجاع الأثر لهذا النوع من البيانات عادة إلى التأثير فى السلوك الملحوظ . وتتعدد وتتنوع أدوات الملاحظة الذاتية ومنها خرائط ورسوم الحائط ومنبهات وعدادات الرسغ والمذكرات السلوكية وبطاقات الجيب ، الخ . فمثلا : جدول يسجل فيه وزن الجسم يوميا ويعلق فى الحمام أو التدريب الذاتى على تمييز مستوى الكحول فى الدم ، أو عداد صغير يركب فى رسغ اليدين لتسجيل الأفكار الإيجابية .. يمكن أن يسهم فى توضيح التغيرات الحادثة من يوم لآخر وملاحظة الفروق مثلا بين أيام الأسبوع وعطلة نهايته ، وكذلك معدل التغير وأى الأحداث تستثير أى أنواع السلوك ، وأى العواقب تبقى على هذا السلوك ، وتشير نتائج الدراسات التجريبية إلى أن الملاحظة الذاتية تسهم فى دعم السلوك الموجب ، وبقدر أقل فى تقليل السلوك غير المرغوب (١٩ ، ص ٤٦) .

التخطيط البيؤى : ويتضمن تغيير بيئة الفرد وإعادة تنظيمها بحيث تتغير ما تقدمه من أدلة منبهة تسبق السلوك أو عواقبه المباشرة ، وذلك غالبا عن طريق إلغاء أو تجنب مواقف الحياة اليومية التى يكون فيها القرار أو الاختيار ضروريا . ويشير عدد من الدراسات إلى أن التنظيم الذاتى عن طريق ضبط المنبه فعال جدا ، إذ يغير الشخص فيه البيئة بحيث يرتبط السلوك المشكل بعدد متناقص تدريجيا من الأدلة المنبهة . فمثلا ، المسرف فى الأكل أو المدمن لمادة مخدرة ، قد يتجنب المواقف التى ترتبط بالسلوك المنبه للسلوك المشكل أو قد يضيق تدريجيا من نطاق المواقف التى

يعطى فيها الاستجابة التى يراد ضبطها . ومن أمثلة ذلك التدخين فى مكان معين (البدروم مثلا) وبعد ساعة معينة (العاشرة مساء) . وقد ينقص المدمن من المواقف الاجتماعية التى يتعاطى فيها المخدر ، والمسرف فى الأكل قد يبعد وقت الأكل الأدلة المنبهة فى البيئة مثل وعاء الحلوى والأصدقاء المقربين وإعلانات التليفزيون ، وكذلك قد يتناول طعامه فى غرفة الطعام بعيدا عن المطبخ . والنوع الثانى من البرمجة البيئية هو تغيير العواقب الخارجية للسلوك . فمثلا ، يمكن أن يطلب الشخص من صديق مقرب أو زوجة أو أخت تقديم عواقب إيجابية أو سلبية عند وقوع الاستجابة المطلوب ضبطها . فإذا كان الأب يحاول مثلا بأن يقلل من اشتباكاته السلبية مع أطفاله ، وفى كل مرة تحاول ألام تهدئته بعد كل خبرة ، فإنه يمكن للأب أن يطلب من الزوجة تجنب الاهتمام بهذه الحوادث بعد وقوعها . وقد يطلب طالب جامعى من زميله أن يستجيب له إيجابيا فى فترات زمنية معينة إذا استذكر دروسه وسلبيا إذا لم يفعل ذلك . والتخطيط البيئوى هو الأساس فى استراتيجية « الماركات » الرمزية ، وهى تمتاز بإمكان ضبطها لأنواع مختلفة من السلوك كما يمكن أن يتبع معها كل أنواع استراتيجيات الضبط الذاتى . ويحدث التخطيط البيئوى بوصفه استراتيجية ضابطة للسلوك قبل الاستجابة المطلوب ضبطها بعامة أى إن الشخص نفسه يرتب الأحداث مقدما .

البرمجة السلوكية : وفيها يستخدم الشخص نفسه بعض مقدمات أو عواقب مناسبة للاستجابة المطلوب ضبطها ، وقد يستخدم الشخص عمليات ظاهرة أو باطنة لتغيير المهدئات المنبهة أو لتدعيم العواقب . فمثلا ، قد يضبط الشخص منبه معصم لكى يدق كل ساعة ليدله على الانشغال بفكرة ذاتية إيجابية أو قد يدعم الشخص نفسه بصورة إيجابية مثل الاستلقاء على الشاطىء إذا حدث فعل معين . وأساليب الضبط الذاتى المتبعة فى « اليوجا » و « الزن » هى من نوع البرمجة السلوكية من حيث أن مختلف الأفعال الظاهرة والباطنة يقوم بها الشخص لضبط استجابات معينة . وبالرغم من ذلك فإن الضبط الذاتى لا يقتصر على الأفعال التى يقوم بها الشخص بمفرده .

وتتكون البرمجة السلوكية من أساليب كثيرة منها : (١) التدعيم الذاتى الايجابى بعد أداء استجابة معينة فقط ؛ (ب) التدعيم الذاتى السلبى : تجنب منبه منفر أو الهرب

منه بعد أداء استجابة معينة فقط ؛ (جـ) عقاب ذاتى إيجابى : إزالة مدعم متاح بعد أداء استجابة معينة فقط ؛ (د) عقاب ذاتى سلبى : يقدم الفرد لنفسه منبها منفرا بعد أداء استجابة معينة فقط ، (هـ) ضبط منبه منظم ذاتيا : تقديم أو تغيير أو إزالة أدلة منبهة تعتبر مناسبة لمتغير الاستجابة المطلوب ضبطها ، وقد تشمل : تعليمات ذاتية ، ضبط داخلى لاستجابة أوتوماتيكية ، تدريبات استرخاء فيزيقى ، تصور حى vivid imagery . وقد يجمع أحيانا بين أكثر من أسلوب . فمثلا قد يجمع بين استجابات التصور الحى والاسترخاء الفيزيقى للتخفف من استجابات القلق الباطن ، ويجمع فى الأسلوب المعروف باستثارة الحساسية الباطنة covert sensitization بين الصورة المنفرة والاستجابة المطلوب ضبطها أو التحكم فيها . وذلك فى علاج التدخين والجنسية المثلية والإفراط فى الأكل والكحولية لضبط السلوك الظاهر والباطن . وقد استخدمت الاستجابات الباطنة بوصفها عواقب رمزية موجبة أو سالبة وأعطت نتائج طيبة . فمثلا استخدم هوم (١٩ ، ص ٤١٠) فى علاج التدخين أسلوبا يطلب فيه من المدخن حين تخطر له فكرة التدخين (الدليل المنبه) أن يبادر بفكرة قوية مضادة مثل « التدخين سوف ينقص من عمرى » أو يتصور « طفاية السجائر » المليئة بأعقاب السجاير مفرغة فى فمه . ويلى هذه الاستجابة الباطنة فكرة موجبة أو صورة لا تتواءم مع التدخين مثل : « السباحة فى نشاط وتناسق فى حوض سباحة جميل » . وأخيرا يدعم نفسه عن طريق الإنخراط فى سلوك مرتفع الاحتمال مثل تناوله القهوة أو النظر فى ساعته أو التحدث مع السكرتيرة – ومن أمثلة هذا الأسلوب أيضا حالة فصامى طلب منه عقاب نفسه سلبا بشد حزام ثقيل من المطاط حول الرسغ كلما خطرت له الوساوس التى تراوده من أمثال : نقص جاذبيته البدنية والغباء والتلف المخى ، الخ . وبتناقص هذه الأفكار السلبية ، بدأ يكون أفكارا إيجابية مدعمة – ذلك أنه بعد أن تخلص المريض من وساوسه وبعد ثمانية أسابيع من بدء العلاج ، اتبع المعالج (ماهونى) الأسلوب المعروف باسم priming فكان يلصق أربع بطاقات فى علبة سجائر العميل ، ويطلب منه أن يكتب على ثلاث بطاقات منها عبارة موجبة عن نفسه مثل : « إننى فخور بأن صحتى جيدة » مع ترك البطاقة الرابعة بيضاء . وقبل تناول السيجارة ، يقرأ العميل العبارة المكتوبة على البطاقة العلوية ثم يضعها أسفل البطاقات الأخرى ثم يتناول سيجارته . وحين تكون البطاقة البيضاء على القمة كان يتعين على العميل أن يفكر فى عبارة موجزة وأن يكتبها فى البطاقة الخالية . وقد زاد

هذا الأسلوب إلى حد كبير من تواتر الأفكار الموجبة لدى العميل عن ذاته خلال سبعة أسابيع . وقد قرر العميل أن الأفكار الذاتية الموجبة التلقائية كانت تدعم أحيانا بالسجائر ، ولكنها كانت فى حد ذاتها تشكل ثوابا له لأنها تبعث على السرور . وقد أدى العلاج إلى ثقة بالذات وإلى توافق سلوكى عام .

وفى بعض التجارب ، أمكن مساعدة جماعة من طلاب الدراسات العليا على اكتساب القدرة على تحديد أهدافهم بوضوح وتغيير أفكارهم وسلوكهم ومشاعرهم بحيث تسهم فى تحقيق هذه الأهداف – فكان يطلب من كل فرد أن يحدد كل منهم هدفا محدودا وواضحا ، وأن يلاحظ ذاته وسلوكه الموجه نحو الهدف وأن يقرر لنفسه الفترة اللازمة لتحقيق الهدف وما إذا كان يرغب فى الاستمرار فى محاولاته . وكان الطلبة يجتمعون فى جماعات معملية (جماعات ت) فتحقق بذلك مصدران لإرجاع الأثر : الملاحظات الذاتية وملاحظات الآخرين فى الجماعة . وقد وجد أن تواجد هذين المصدرين كان أكثر فعالية من كل منهما بمفرده ، وأن من كانوا أكثر التزاما بأهدافهم قد حققوا غالبا تغييرا ملحوظا فى سلوكهم إذا قورنوا بالأقل التزاما . كما كان إرجاع الأثر فى المراحل الأخيرة من التجربة (فصل دراسى) أكثر ارتباطا بتغيير السلوك من الملاحظات فى المراحل الأولى .

وإجراءات التعلم الذاتى لا تسهم فقط فى إحداث تغييرات سلوكية معينة ولكنها أيضا تعلم العميل طريقة حل المشكلات بصورة يمكن معها تعميمها إلى مشكلات أخرى . وتشير الدراسات إلى أن الجمع بين النمذجة والتعلم الذاتى أكثر فعالية من النمذجة بمفردها . وفى مواقف كثيرة قد يكون تدريب المعلمين والآباء بوصفهم مصادر للتدعيم أكثر جدوى من الناحية العملية . وتفيض المراجع بالكثير من برامج التدريب فى هذا المجال (١٥) . وقد نجح لندزلى فى مساعدة طفل عمره ثلاث سنوات على التخلص من إمساك مزمن ، فلم يكن يتبرز إلا بعد استخدام « لبوس » طبى ، وذلك عن طريق تعليم الوالدين استخدام العواقب الاجتماعية وغيرها من العواقب المرتبطة بالسلوك المرغوب . وقد استجاب الطفل مباشرة بعد أول جلسة لتعديل السلوك وحافظ على السلوك الجديد ثمانية أشهر بعد بدء العلاج . كما استخدم التدعيم وأشرطة الفيديو فى برامج مماثلة لتدريب الوالدين على استخدام طرق

تعديل السلوك مع أطفالهم . بل لقد لوحظ أن سلوك الوالدين والمعلمين يتغير بعد تدريبهم على استخدام طرق تعديل السلوك مع الأطفال .

والخلاصة أن التنظيم الذاتى منهج مفيد بخاصة فى التعامل مع من يصعب استخدام المناهج الأخرى معهم لأسباب عملية وخلقية ، ومع من يتوفر لديه دافع قوى لتعديل سلوكه . ويتضمن المنهج تعلم عدد من الأساليب يستخدمها الشخص بنفسه فى توجيه التغيير فى سلوكه وأحيانا للتحكم فى هذا السلوك وبحيث يستطيع أن يقوم تقويما دقيقا أفعاله وأن يقارنها بالمعايير التى يقيمها بالاتفاق مع المعالج وأن يستعين بتدعيم ذاتى موجب أو سالب للاحتفاظ بالاستجابة الجديدة المكتسبة .

الفصل السادس

عملية العلاج النفسي

إقامة علاقة عمل : يهدف المعالج السلوكى إلى أن يعكس التعلم غير المتوائم وأن يمد المريض بخبرات تعلم جديدة . ومن الواضح أن المعالج لن يستطيع فرض الإشراط أو إعادة التعلم على أى فرد ، ذلك أن أقوى الأساليب تصبح عديمة الجدوى دون تعاون المريض وتوفر الدافع للعلاج لديه . ولذلك يتعين دائما أن تمارس الأساليب العلاجية فى إطار « علاقة عمل » بين المعالج والمريض لتحقيق هدف مشترك متفق عليه ، ولكن مثل هذه العلاقة فى حد ذاتها ليست كافية بوصفها علاجا يتسم بأكبر قدر من الفعالية – وإذا كان العلاج التحليلى والعلاج المتمركز – حول – العميل يسلمان بأن النجاح فى كل منهما يعتمد على صورة أو أخرى من العلاقة ، فإن هذا أمر يمكن التسليم بصحته فى إطار التعلم ، ذلك أن تكرار خبرة بأحداث مزعجة من خلال التحدث عنها مع شخص متفهم ومتقبل يقدم الاستجابة الانفعالية المناسبة ، يمكن أن يؤدى إلى انطفاء الاستجابات الانفعالية المتعلمة لهذه الأحداث المزعجة . ولكن السلوكيين يرون أن تحقيق هدف العلاج يتطلب أكثر من ذلك عادة ، وإنه من الضرورى للمريض أن يمارس فعلا الاستجابات الجديدة فى البيئة . ويرى بعض السلوكيين (١٣) أن العلاقة العلاجية قد لا تكون ضرورية فى التعامل مع الأطفال الشديدى الانطواء على ذواتهم ومع المتخلفين والكتاتونيين الذين يصعب إقامة علاقة علاجية معهم . كما أن فرض علاقة فى برامج مثل الإزالة الجماعية للحساسية من قلق الاختبار قد يكون أمرا معوقا . كما أن الأمر لا ينطبق على برامج مثل برامج إنقاص الوزن .

ويمكن عادة خلق جو من الثقة إذا أكد المعالج أنه يفهم المريض ويقبله وأن الاثنين يعملان معا وإذا توفرت الوسائل لمساعدة المريض فى الوجهة المرغوبة ، ومن أخطاء المبتدئين فى العلاج السلوكى التسرع فى استخدام الأساليب ، لأن ذلك يؤدى بالمريض إلى الشعور بأن العلاج « سطحى » أو أن المعالج لم يفهمه حقيقة على أنه شخصية فريدة أو إلى أن يستسلم المريض للمعالج بوصفه صاحب المعجزات فلا يتعاون إيجابيا معه . ولكى يظهر المعالج أنه يفهم المريض ، فإنه يتبنى الاتجاه المتضمن أن مريضه هو فعلا شخصية فريدة وأنه يتعين الحصول على معلومات كثيرة لصياغة المشكلات صياغة حقيقية . والمعالج يتقبل مريضه ويتقبل سلوكه تقبلا كاملا غير مشروط . ومن الميسور فى إطار مفهوم « حتمية السلوك » أن يكتسب المعالج السلوكى مثل هذا الاتجاه ، ذلك أن الشخص يسلك على ما هو عليه بسبب عوامل

محددة سابقة وتكوين وراثى وخبرات حياة . وفى هذا الإطار ، فإن استخدام مصطلحات مثل « مقاومة المريض » أو « عدم توفر الدافع » وغيرهما من المصطلحات التى تنقل المسئولية من المعالج إلى المريض تصبح عديمة المعنى .

وفى الجلسات الأولى ، يغلب أن ينفس المريض عن مشاعره المكبوتة أو يعبر عن عدم ثقته فى المعالج أو فى العلاج أو يحاول فى حذر معرفة المعالج معرفة أحسن . ويتعين على المعالج أن يسمح بإشباع هذه الحاجات ، وقد تستغرق الجلسة الأولى فى الحصول على المعلومات المناسبة إذا كان المريض مستعدا لذلك ، أو قد تستغرق هذه الجلسة فيما يمهد لذلك أو ما قد يكون شرطا ضروريا للقيام به . ويتعين أن يحذر المعالج من فرض تحليله للمشكلات على عميله أو من فرض استراتيجياته العلاجية لأن ذلك يعنى حتما الفشل . وفى الوقت الذى يتحدث فيه المريض عن حاجاته ، ويكون المعالج مشغولا بصياغة تصور مؤقت لمجالات هذه المشكلات ، ثم يحاول التحقق من صدق تصوراته من خلال إرجاع الأثر الذى يقدمه المريض بالنسبة لها . ويتوقف التحديد الأدق لهذه المشكلات على درجة تقبل العميل للتصورات . فإذا كان المريض أقل انطلاقا فى التعبير اللفظى عن حاجاته ، فإن المعالج قد يوجه أسئلة حول المشكلة الحالية والحصول على تاريخ مفصل لها ومجراها وتشابكها مع العلاقات الحاضرة ، وهى العلاقات التى تشكل بؤرة العلاج والتى يتعين لذلك الحصول على تفصيلات محددة عنها . وقد يتبع ذلك الحصول على تاريخ علاقات الطفولة فى العائلة والتاريخ المدرسى والمهنى والجنسى . وقد تكشف مثل هذه التواريخ عن الكثير من الخبرات السابقة للسلوك غير المتوائم الحاضر . وبذلك يمكن تقديم شرح للعميل فى مرحلة تالية عن أصول وتكون هذه المشكلات التى يبدو ظاهريا أنها غير قابلة للشرح ، وذلك من واقع نماذج من تاريخ الحياة ، فيتكون بذلك لدى المريض الشعور بأنه مفهوم حقيقة ، من خلال تقديم شرح للعقلانية فى سلوكه ، والقوى التى يتعرض لها ومقدماتها فى تاريخ حياته .. ويستند هذا الشرح إلى مبادىء التعلم وكيف تعلم فى الموقف المعين الذى يواجهه المريض . وتؤدى هذه العملية إلى اتفاق بين المعالج والمريض على أهداف العلاج . وعند هذه النقطة يقترح المعالج على المريض خطة علاجية يشرح له منطقها تفصيليا ، يتحدد فيها دور المريض فى العلاج . وهو تحديد أثبتت البحوث أنه يؤدى إلى نتائج إيجابية وإلى تناقص معدل ترك المريض للعلاج (٧ ، ص ٢٢٢) . ومن الخطأ أن يلح المعالج على مريضه للقيام بسلوك معين (مثلا

التأكيد لزوجته على استعداده للتصالح معها) لأنه إذا لم يحقق هذا السلوك غايته ، فإن المريض قد يعتقد أن هذا النوع من العلاج لا يصلح له وقد ينقطع عن مواصلته ، ويصعب فى مثل هذه الحالة لوم المريض بحجة عدم توفر الدافع لديه أو بحجة ضعف الأنا لديه عن مواجهة الضغوط العلاجية – فالعلاج فى تقدير جولدستين هو مسئولية المعالج والفشل العلاجى هو فشل المعالج .

وحين يدرك المريض الأحداث بصورة غير دقيقة بحيث تؤدى المشاعر الناتجة والسلوك الظاهر إزاء هذه الأحداث إلى شعور بالضيق أو إلى سلوك غير متوائم ، فإنه يتعين على المعالج بذل كل جهد ممكن لتصحيح هذه الإدراكات غير الدقيقة . ورغم أنه من الممكن أن تؤدى إعادة البنيان المعرفى إلى نتائج علاجية ، إلّا أن الأمر يتطلب عادة التعامل مع الاستجابات الانفعالية التى أصبحت مشروطة بالحدث ، وربما نتيجة لسوء الإدراك أو لسوء التصور . ولذلك فإنه من الضرورى إعادة تكوين البنيان المعرفى ، وفى نفس الوقت إدراك أنه من الأمور النادرة أن يكون تصحيح سوء التصور أكثر من خطوة تمهيدية للعلاج . وكثيرا ما ينظر إلى الاستبصار بوصفه عاملا فعالا فى العلاج النفسى ، وهو فعلا قوة هامة وبخاصة إذا كان يعنى إدراك المريض للعلاقة بين السبب والأثر فى سلوكه . وهو أمر مفيد غالبا حيث أن الاستبصار يزيل القلق الذى يصاحب الشعور بالاعقلانية ، ويكون أكثر فائدة إذا أدى منطقيا إلى استراتيجية علاجية يمكن للمريض فهمها وتبدو له معقولة . ولكن رغم ذلك فإن من الأمور الشائعة فى العلاج النفسى أن تقول المريضة شيئا مثل : « فهمت أننى عاجزة عن الخروج إلى الشارع بمفردى خوفا من الرغبة اللاشعورية فى أن اغتصب جنسيا ، ولكنى لازلت خائفة . فماذا يمكن عمله ؟ »

استراتيجيات العلاج السلوكى : فى ضوء معرفة المعالج والمفاهيم التى يستند إليها العلاج السلوكى ونظرية الشخصية والنماذج الرئيسية التى عرضناها فى الفقرات السابقة يحدد المعالج التدخلات العلاجية طبقا لخصائص الحالة الفردية المعينة . فمثلا ، إذا كان المريض يواجه صعوبات فى علاقاته الاجتماعية لأنه عاجز عن الحصول على ما هو حق له ، أو لأنه يعانى من الكف فى التعبير عن مشاعر الدفء نحو من يحبهم ، فإنه يتعين تحديد ما إذا كانت تتوفر لدى العميل إمكانيات الاستجابات الضرورية التى يكفها الخوف عن التعبير عنها ، وقد يلجأ المعالج إلى أسلوب إزالة الحساسية ، أما

إذا لم يسبق للعميل على الاطلاق أن تعلم هذه الاستجابات ، فإن المعالج يعلم مريضه هذه الاستجابات عن طريق أن يكون هو فى سلوكه نموذجا لها . وأن يعطى المريض الفرص لممارستها من خلال لعب الأدوار ؛ وفى مواقف العلاقات بين الأشخاص ، فإن لعب الأدوار يكفى عادة للتخفيف الفعال من القلق بحيث يتمكن المريض من أن يَسلك بصورة يؤكد فيها ذاته بصورة مناسبة فى مواقف الحياة . أما إذا كانت هناك مخاوف معينة لا ترتبط بالتفاعلات الاجتماعية مثل الخوف المرضى من الأماكن المغلقة (كلوستروفوبيا) فإن التخلص التدريجى من الحساسية يكون هو الاستراتيجية المناسبة ، ولكن ليس بالضرورة دائما . فقد يكون هذا الخوف استجابة معممة ذات أهمية ضئيلة فقط . ويذكر جولدستين حالة مريضة كانت تعانى من هذا الخوف ، وأوضح التحليل السلوكى أن المريضة كانت تشعر فى حياتها الزوجية كما لو كانت محبوسة فى مصيدة بسبب أنها كانت عاجزة عن التعبير عن حاجاتها لزوجها أو للرجال بعامة ، وأنها كانت كثيرا ما تستغل نتيجة لذلك . وقد أدى ذلك إلى الضيق الشديد والرغبة فى الخلاص ، وقد أحست بأنها غير قادرة على القيام بذلك بسبب شعورها بأنها لن تستطيع أن ترعى نفسها . وقد أوضح التحليل أيضا أن هذه المشاعر سبقت ظهور الخوف المرضى وبدرجة أقل سبقت ظهور الخوف من أن تسلم رأسها لمجفف الشعر أو من الوقوف فى الصف . ولم يحاول المعالج أن يعالج خوف المريضة من صالونات الحلاقة ومن الأماكن المغلقة وصفوف الانتظار مباشرة ، ولكنه علم مريضته تأكيد ذاتها وشجعها على ممارسة هذا التأكيد للذات . وحين استطاعت أن تؤكد ذاتها اختفت الأعراض الأخرى .

وترتبط الاضطرابات السيكوسوماتية بالقلق بقدر أقل وضوحا . وفى حالة لمريضة كانت تعانى من اضطرابات فى المعدة وإجريت لها عملية جراحية أصر الجراح على أن تطلب المريضة العلاج النفسى منعا لعودة اضطرابات المعدة ، ولم تكن المريضة تعى بوجود مشكلات نفسية كما أن التحليل السلوكى الشامل المبنى على أقوالها لم يسفر عن وجود مشكلة نفسية ظاهرة . ولكن زوجها ذكر أن المريضة لم تكن تظهر أبدا أى تعبير انفعالى سلبى رغم أن الأمور كانت تفرض عليها دائما وذلك لأنها كانت « طيبة إلى حد كبير » . ولما طلب من المريضة أن تسجل فى يومية كل موقف تحس فيه باضطراب فى المعدة وأن تلاحظ كل الظروف المحيطة بما فى ذلك

الأحداث التى تسبق الشعور باضطراب المعدة ، ظهر بوضوح نمط ثابت من الشعور باضطراب المعدة بعد ساعة من وضعها فى موقف تقوم فيه بعمل شىء لا يناسبها لمصلحة شخص آخر ، أو حين يشعر بالغضب أو بالضيق منها شخص آخر يغلب أن يكون زوجها . وقد ذكرت أنها لا تستطيع رفض القيام بما لا ترتاح له من أعمال أو مواجهة زوجها لأن ذلك يشعرها بالقلق .

وحين يشعر المعالج أنه قد حقق فهما لمجالات مشكلات العميل وأحداثها السابقة أو مقدماتها ، فإنه يقدم له هذه المعلومات فى صورة من الصور الملائمة ومنها الصورة التالية التى يقترحها فولبى (فى ٧ ، ص ٢٢٦) . وبالطبع يتعين تعديلها لتلائم المريض المعين فى الموقف المعين .

« لقد أدركت أن الخوف يلعب دورا متزايدا فى حياتك . ومن الضرورى أن تفهم شيئا عنه فهو انفعال يلعب دورا عاديا فى حياة كل فرد حين يواجه موقفا يتضمن تهديدا حقيقيا كأن يعلم مثلا أن المؤسسة التى يعمل بها على وشك أن تفصل موظفيها ، أو حين يجد أمامه فجأة ثعبانا ساما . ولن يحضر أحد للعلاج لأنه يشعر بالخوف فى مثل هذه المواقف . ولكن الأمر يختلف إذا شعر الإنسان بالخوف من خبرات لا تحمل تهديدا حقيقيا كأن يخاف عند رؤية سيارة إسعاف أو عند دخول حجرة مزدحمة أو عند ركوب سيارة ، الخ .. ومن الواضح أن فى مثل هذه المواقف أمر يعوق مسيرة الحياة اليومية بصورة مؤلمة . وهذا هو ما يسمى « الخوف العصابى » . ويهدف العلاج إلى عزل هذا الخوف عن المنبهات أو المواقف التى تستثيره . والآن لننظر فى كيف ينشأ هذا الخوف العصابى . ولنأخذ المثال التقليدى للطفل الذى يبعد يده بسرعة وهو يبكى خائفا حين تلمس يده سطحا ساخنا لموقد فحم أسود ، تحاول أمه تهدئته ولكنها تلاحظ أنه بدأ يبتعد عن الموقد ويبدو خائفا منه . ومن الواضح أن الطفل كوّن عادة مفيدة تساعده على تجنب الألم والضرر . ولكن قد يؤدى ذلك فى بعض الحالات إلى عواقب غير محببة . فمثلا قد يخاف الطفل من الاقتراب أو من لمس صندوق أسود لحفظ الملابس وذلك لمجرد التشابه بينه وبين السطح الأسود للموقد . وهى ظاهرة تسمى فى علم النفس « التعميم » فالخوف من الصندوق الأسود خوف عصابى لأن لمسه لن يضر ، ولذلك عواقبه غير السارة .

ففضلا عن أن الخوف غير المعقول أمر غير مرغوب فى حد ذاته ، فإنه يلجىء الطفل إلى أن يدور حول هذا الصندوق لتجنب الاقتراب منه . كما أن الطفل لن يحاول الحصول على شىء مرغوب قد يكون فى الصندوق كالحلوى مثلا .. وقد اكتسبت أنت أيضا مخاوفك من خلال خبرات غير سارة . وقد لمسنا بعضها من خلال تاريخ حياتك .. وقد أصبحت الانفعالات غير السارة التى عانيتها حينذاك مرتبطة بجوانب من الموقف الذى واجهته وترك أثره حينذاك . ويعنى ذلك أن الخبرات المشابهة التالية أدت إلى استثارة نفس المشاعر غير السارة .. ونظرا لأن هذه الاستجابات قد استثارتها منبهات معينة بفعل عملية التعلم ، فإنه يمكن أيضا التخلص منها عن طريق تطبيق أسس التعلم » .

الجوانب الإدارية :

الموقف : لا يختلف الموقف فى العلاج السلوكى كثيرا عما هو عليه فى المناهج العلاجية الأخرى . فالمعالج يرى المريض فى جلسات أسبوعية تستغرق كل منها من خمسين دقيقة إلى ساعة فى مكتب مؤثث بالصورة المألوفة . ويحال المريض عن طريق الزملاء أو هو ينشد العلاج نتيجة سماعه شيئا عن العلاج السلوكى . ويحرص المعالج على قاعدة السرية فى العلاج السلوكى . وهو يستأذن المريض فى التسجيل الصوتى لبعض الجلسات بقصد إعادة الاستماع إليها أو إلى أجزاء منها فى جلسات تالية ، وذلك حتى يستطيع أن يتبين التقدم أو عدمه فى العلاج من جلسة لأخرى ، كما يمكن الاستعانة بتسجيلات الفيديو .

العلاقة : سبق أن ناقشنا هذا الموضوع . ورغم أنه لا ينظر فى العلاج السلوكى إلى العلاقة على أن لها وحدها دلالة حاسمة فى النتائج العلاجية ، إلا أنه فى ضوء الإجماع فى النتائج التجريبية وبخاصة فى العلاج المتمركز – حول – العميل ، فإنه من المقدر أن لها قيمة فى أى منهج علاجى . ومن المحقق أنها لا تتعارض مع المنهج السلوكى .

مشكلات المريض : يختلف أسلوب مواجهة المشكلات مثل الاكتئاب الحاد والتهديد بالانتحار والبكاء من معالج لآخر فى إطار المدرسة السلوكية . وهذه

المشكلات هى نتاج الظروف التى يعيشها المريض ، ومن المهم تقبله فى كل الحالات . كما يمكن استخدام المهدئات ومضادات الاكتئاب لإشعار المريض بقدر من الراحة . ومع تقبل المعالج لهذه الحالات وتوضيحه للمريض أن هذه المشكلات هى نتاج الظروف التى يعيشها ، فإنه يعيد توجيه العلاج إلى تبين المواقف التى تستثير هذا القلق غير المواثم .

الجمع بين المناهج المختلفة

قد يشمل البرنامج الكلى لعميل مكونات عديدة بالإضافة إلى برنامج التغيير السيكولوجى . ومن هذه المكونات العلاج الطبى والعلاج الغذائى ، والمشورة القانونية والمالية والتدريب المهنى والتدريب على حل المشكلات وبرامج التدريب على الوالدية والإرشاد الدينى ، الخ .. ويحتل المعالج السلوكى موقفا فريدا يستطيع فيه أن يختار من عديد متنوع من إجراءات تعديل السلوك بما يناسب العميل المعين ، فذلك أفضل من أن يقصر إجراءاته على نوع واحد معين منها (مثل الإشراط الإجرائى أو الكف التبادلى) قد يصلح لمشكلة معينة ولكنه يكون أقل صلاحية لمشكلة أخرى . وهذا الجمع ، إذا أجرى بطريقة مناسبة ولعميل معين ، يمكن أن يزيد بقدر كبير من الفعالية العلاجية . ويضرب مكيولاس (١٣) الأمثلة التالية لتوضيح مزايا الجمع بين الاجراءات المختلفة .

الجنسية المثلية : إذا افترضنا أن المعالج استطاع أن يقنع نفسه بأن علاج الجنسية المثلية أمر مقبول ومفضل ، فإنه يستطيع أن يصمم برنامجا علاجيا يضم أساليب مثل : الإشراط المضاد التنفيرى (ربما الحساسية غير الظاهرة للإقلال من الاستجابات الجنسية للمنبهات الجنسية المثلية) ؛ إجراء مثل إزالة الحساسية ، لإنقاص القلق المرتبط بالمواقف الجنسية الغيرية ؛ والتدريب على المهارات الاجتماعية وعلى تأكيد الذات في المواقف الجنسية الغيرية .

الإفراط فى الأكل : يرتبط التحكم فى الوزن بثلاثة مكونات هى : التمرينات الرياضية ، الأكل كماً ونوعاً ، وسلوك الأكل . فالتمرينات تحسن الصحة وتستهلك سعرات حرارية ، والتحكم فى وجبات الأكل كماً ونوعاً يعنى التحكم فى مدخل

السعرات والمكونات الأخرى التى تؤثر فى الصحة ، والسلوك والوزن . ورغم أن التحكم فى الوجبات بالنسبة إلى عمليات الأيض ومقدار التمرينات ، طريق يمكن من خلاله ضبط الوزن ، إلّا أنه يكون غالبا غير فعال ، إذ يمكن أن يقلل كثيرون ممن يعانون من مشكلة الإفراط فى الأكل من وزنهم من خلال اتباع « رجيم » معين أو آخر ، ولكنهم غالبا ما يستردون ما فقدوه من وزن بعد فترة . ويتطلب التحكم فى وزن الجسم على المدى الطويل تغيير سلوك الأكل من خلال تعديل السلوك . وهو يشمل فى هذه الحالة : التحكم فى الأكل مثل قصر الأكل على مكان واحد معين فى المنزل وعدم الأكل أثناء القراءة أو مشاهدة التليفزيون ؛ الإقلال من القلق الذى يستثير الأكل من خلال إزالة الحساسية ؛ الإشراط المضاد التنفيرى ، مثل الحساسية غير الظاهرة بهدف التحكم فى الإفراط فى الأكل ؛ إنقاص القيمة التدعيمية لبعض الأطعمة كما هو الحال مع الموقف المنبه أو من خلال إعداد وجبات صعبة ؛ التحكم الإجرائى غير الظاهر و « وقف الأفكار » فى التعامل مع الأفكار المرتبطة بالأكل ؛ تدعيم البدائل السلوكية المضادة لسلوك الأكل فى مواقف مختلفة ؛ تجنيد العائلة والأصدقاء لتقديم المساعدة والتدعيم الاجتماعى للتغير السلوكى ونقصان الوزن ؛ والتعاقد الإشراطى لتدعيم تنفيذ البرنامج وإنقاص الوزن . وقد تشمل التغيرات خلال التناول الفعلى لوجبة : وضع كميات صغيرة فى الطبق ، الإبطاء فى عملية الأكل ؛ عدم تناول طعام بالشوكة فى الوقت الذى يمضغ فيه الفرد طعامه ، التوقف عن الأكل قبل امتلاء المعدة وإزالة الطعام فورا من المائدة .

التدخين : يقرر مكيولاس أنه لم يثبت أى منهج علاجى فعاليته فى إنقاص معدل التدخين أو التخلص منه بأكثر من نجاح وقتى يستمر لشهر أو لشهرين . وقد يصلح برنامج لبعض العملاء ولا يصلح للبعض الآخر ، وذلك لأن تدخين السجائر يرتبط بالكثير من السلوك اليومى للعميل (مثل تبادل فنجان من القهوة بعد وجبة ، أو حفل أو التحدث فى التليفون أو عند الشعور بالقلق) فضلا عن تأثيره الفسيولوجى . ويجد التدخين تدعيما اجتماعيا وبخاصة للمراهقين الذين يبدأون التدخين عادة بتأثير هذا التدعيم ، وقد يقلل التدخين من القلق أو قد يعطى الشخص شيئا يفعله بيده ، ويقدر عدد المدخنين فى الولايات المتحدة الأمريكية بما يقرب من ثلث السكان ومعظمهم لا يستطيع التوقف عن التدخين لأكثر من فترة قصيرة .

وتشمل الإجراءات السلوكية التي تستخدم في هذا المجال : التحكم في المنبه مثل إزالة المهديات المرتبطة بالتدخين ، أو قصر التدخين على حجرة معينة ؛ الإشراط المضاد التنفيري (سجائر تنفث دخانا كريها ساخنا) ؛ الحساسية غير الظاهرة ؛ الموقف المنبه مثل : التدخين السريع ، إنقاص القلق المرتبط بالتدخين ، أو الانفعالات السلبية الأخرى المؤدية إليه ؛ التغيرات الدافعية عن طريق التعاقد ومساعدة الرفاق ؛ تعلم سلوك بديل ؛ وقف الأفكار ، التحكم الاشراطي غير الظاهر لإنقاص الأفكار المؤدية إلى التدخين وزيادة الأفكار المؤدية للتدخين . وقد يكون التدخين مجالا يفضل فيه منهج غير متدرج (مثل التوقف عن التدخين كلية) على منهج التدرج (أي الإنقاص التدريجي لعدد السجائر التي يدخنها الفرد في اليوم) . كما يتعين أن يتصدى البرنامج العلاجي للمشكلات التي تترتب على الامتناع عن التدخين مثل زيادة قابلية العميل للاستثارة أو للعدوانية والإفراط في الأكل وحاجة العميل للقيام بشيء يستخدم فيه يديه وفمه .

الكحولية : تشير الإحصائيات إلى أن نصف كل حوادث المرور المفضية إلى الموت في الولايات المتحدة الأمريكية تتضمن سائقا مخمورا . ويقدر عدد الكحوليين في هذه البلاد بحوالي عشرة ملايين فرد . ولقد نجحت بعض البرامج مثل جماعة « الكحولي المجهول » Alcoholic Anonymous (AA) مع بعض أنواع من الكحوليين . ولكن معظم البرامج العلاجية لم تصادف نجاحا . والكثير من المستشفيات ومراكز الصحة العقلية ترفض التعامل معهم . وفي الثقافة الأمريكية ، هناك مدعمات كثيرة لتعاطي الكحول ، فهو مكون هام في المواقف الاجتماعية ، بل إن الكثيرين من الآباء الذين يخشون أن يتعاطى أبناؤهم الماريجوانا يشعرون براحة نسبية إذا أيقنوا أن أبناءهم يتعاطون الكحوليات فقط . والكثيرون من الرجال يعادلون بين « الرجولة » وتعاطي الكحول مما يجعل من الصعب عليهم الاعتراف بأنهم مخمورون إلى الحد الذي يصعب عليهم قيادة سيارة أو الاعتراف بحاجتهم إلى العلاج . والكحول يقلل من الاستجابات الانفعالية مثل القلق ومن الملل ومن ثم يكون مدعما . كما أن التأثير التدعيمي للكحول يكون سريعا بينما تكون عواقبه السلبية أبعد زمنيا . والكحول قد يسبب الامتناع عنه الغثيان والقيء والحمى .

وقد استعانت برامج سلوكية كثيرة لعلاج الكحولية بمناهج وأدوات عديدة ومتنوعة ، تختلف باختلاف العميل وتشكل كل الأساليب التى سبق الإشارة إليها فى علاج التدخين والإفراط فى الأكل . ولكن من المهم إحداث تبادل بين المدعمات المهنية والعائلية والاجتماعية . وقد كان يظن فى البداية أنه يتحتم أن ينقطع المريض عن الكحول للأبد ، ولكن بحوثا حديثة تشير إلى أنه بالنسبة للبعض ، فإن تناول الكحول بقدر من التحكم قد يكون هدفا ممكنا ومرغوبا (على الأقل فى بعض الثقافات) وقد يستعان بالمحاكاة (« بار » مثلا) يتدرب فيه الفرد على الضبط الذاتى والاكتفاء بقدر محدود كما يتدرب على تقدير نسبة الكحول فى دمه على أساس كمية ما تناوله من كحول ، وفى ضوء مهديات فسيولوجية وانفعالية . ويعالج البعض الكحولية بوصفها سلوكا إجرائيا ، ومن ثم يهتم البرنامج العلاجى بتحديد المواقف التى يتعاطى فيها العميل الكحول وتعليمه سلوكا بديلا لهذه المواقف .

وكان فوجيل وزملاؤه (فى ١٣ ، ص ١٤٥) يعرضون على الكحوليين تحت العلاج فى مؤسسات ، وهم فى غير حالة السكر ، أشرطة تسجيل فيديو لهم وهم فى حالة سكر بقصد دفعهم إلى التغيير . وقد كان الهدف هو التحكم فى معدل تعاطى الكحول وليس الامتناع الكلى عنه . وقد درب المرضى على تقدير نسبة الكحول فى الدم ، كما كانوا يعاقبون أحيانا بصدمات كهربائية على زيادة تعاطيهم للكحول عن الحد المقرر . كما اشتمل البرنامج على محاضرات وتدريبات على الاسترخاء وعلى مهارات العلاقات البينشخصية المرتبطة بمواقف تعاطى الكحول (مثلا رفض عرض بالشرب) . وكانوا بعد مغادرتهم للمستشفى يعودون إليه لعلاج تقوية . وفى متابعة بعد عام وجد أن ٦٢٪ من المرضى قد انقطعوا تماما عن تعاطى الكحول . أو كانوا يتعاطونه بكميات محدودة خاضعة لتحكمهم ، كما تحولوا إلى تعاطى الكحوليات الأخف .

والخلاصة ، أنه من الممكن ، بل ومن الأفضل فى الممارسات العملية الجمع بين إجراءات كل من الإشراط الاستجابى والإشراط الإجرائى . وسوف تكون بعض المنبهات الداخلية (وهى تشمل الأفكار والمهديات المرتبطة بالانفعالات والنشاط الجسمى) والمنبهات الخارجية منبهات شرطية تستثير مدى من الاستجابات الشرطية بدرجات مختلفة من القوة . وبعض المنبهات سوف تكون منبهات تمييزية تهدى إلى اجراءات مختلفة ممكنة . وجزء من مهمة المعالج هو أن يتعرف على هذه الأنواع

المختلفة من المنبهات وربما أن يغير فيها . وهو بعد ذلك يتعامل مع دافعية العميل . فقد يقوم جزء من هذه الدافعية على أساس استجابات اشراطية مثل القلق أو الغضب والذى يمكن تغييرهما استجابيا (كلاسيكيا) وجزء من الدافعية قد يقوم على أساس توقع تدعيم أو عقاب والذى يمكن تغييرهما إجرائيا . وفى تواجد منبهات معينة ودافعية معينة سوف يسلك الشخص بطريقة تقوم إلى حد كبير على أساس التعلم السابق . وهنا يمكن تدريب العميل على الطرق البديلة للسلوك فى مثل هذه المواقف . وأخيراً فهناك عواقب معينة للناس بسبب سلوكهم تشمل تدعيما وعقابا . ويكون التعامل مع ارتباطات هذه العواقب اشراطا إجرائيا بينما قد يتضمن تغيير تأثيرات التدعيم أو العقاب لحدث إشراطا استجابيا .

تطبيقات فى السلوك العصابى :

تجد أسس الإشراط الإجرائى تطبيقات عديدة ومتنوعة لها فى علاج اضطرابات عصابية معينة ومشكلات أخرى مثل حالة النحول الشديدة فى القهم العصابى (نقص الشهية العصابى) واضطرابات النطق والكلام وتحسين الاستجابات الاجتماعية للأطفال الشديدى الانطواء على ذواتهم . ويوضح برادى (فى ٥ ، ص ١٣٧٠) الخطوات الخمس فى العلاج باستخدام حالة مدرس جامعى صغير السن كان ناجحا فى كتابة مقالات ممتازة ، ولكنه فقد قدرته على الجلوس أمام الآلة الكاتبة وكتابة شىء ذى بال حتى لو ضغط على نفسه . وتوضح مثل هذه الحالة اتجاها بدأ يتزايد فى الظهور فى العلاج عن طريق تعديل السلوك ، وهو زيادة قدرة المريض على ضبط سلوكه والتحكم فيه ، أى الضبط الذاتى أو العلاج الذاتى :

(١) **اختيار وتعيين السلوك المستهدف : Target** : يعتمد اختيار السلوك المستهدف تعديله على إجراء « تحليل سلوكى » كامل للمشكلة الإكلينيكية كما سبق عرضه . وليس من الملائم دائما التركيز على الأعراض الظاهرة أو المقدمة . فمثلا ، قد يكون عجز المدرس الجامعى عن الكتابة جزءا واحدا من صورة كلية تتضمن نقص النشاط ونقص الاهتمام ببيئته ، بما فى ذلك الأنشطة الترفيهية والاجتماعية التى كانت فى الماضى مصدر سرور ولذة له ، فى هذه الحالة تكون المشكلة الأولية هى الاكتئاب ، ويتعين أن يركز العلاج على ذلك . ولكن إذا كانت الحياة الاجتماعية للمدرس عادية ، فيما عدا قلق مفهوم على مستقبله

الأكاديمى ، فإنه ربما يكون قد مر بخبرات فاشلة عديدة فى الكتابة مثل رفض البحوث التى قدمها مما أدى إلى تثبيط همته وصعوبة عودته للكتابة . وهكذا قد تنشأ دائرة من عدم الشعور بالأمن والخوف والتجنب . وكلما طالت فترة تجنبه للكتابة كلما زاد شعوره بالعجز وصعوبة العودة للكتابة . وفى هذه الحالة فإن السلوك المستهدف فى العلاج هو الكتابة الأكاديمية نفسها .

(٢) **قياس السلوك المستهدف** : وهى خطوة حاسمة لأن الدليل على فعالية التدخل العلاجى يستمد من قياس التغيرات فى المتغير المعتمد . وقد يطلب من المدرس الجامعى أن يسجل فى مذكراته اليومية مقدار الوقت الذى ينجح فيه فى الكتابة كل يوم . وفى الحالات الشديدة قد تكون وحدات الكتابة هى عدد السطور التى يكتبها وقد يكون هذا العدد فى بداية العلاج وفى الأيام الأولى منه صفرا .

(٣) **اختيار مدعم مناسب وفعال** : يسعى المعالج والمريض إلى البحث فى البيئة عن مدعم متاح تكون له القوة على تشكيل السلوك الجديد والمحافظة عليه ، وثمة قاعدة عامة فى البحث عن مثل هذا المدعم ، وهى تحديد نوع النشاط الذى يقضى فيه المريض حاليا وقتا كبيرا ، إذ أنه يغلب أن يكون مدعما قويا . فمثلا ، قد يقرر المدرس الجامعى أنه يقضى وقتا كبيرا فى قراءة الجرائد اليومية ، وبذلك فقد يكون فى إتاحة الجريدة مدعماً مفيداً . ولكن بالنسبة لمريض آخر ، قد يكون المدعم هو شرب القهوة ، أو مشاهدة التليفزيون أو التحدث مع الزملاء أو لعب الشطرنج .

(٤) **إقامة الإشراط** : يقيم المريض بمعاونة المعالج ترتيبا يصبح بمقتضاه الحصول على المدعم ، مثلا قراءة الجريدة اليومية ، مشروطا بالانخراط فى السلوك المستهدف ، وهو الكتابة . وهناك عدد من القواعد يتعين مراعاتها فى هذا المجال : (١) تكون فعالية المدعم أشد ما تكون بعامة إذا تبع مباشرة السلوك المستهدف تقويته . وقد يكون التشكيل **Framing** ضروريا . فمثلا ، قد يكون من المتوقع ، أى قد يتوقع المريض نفسه ، أن يحقق فى البداية انجازا متواضعا للحصول على المدعم . كأن يخط مثلا خمسة سطور يتبعها قراءة الجريدة اليومية لمدة ١٥ دقيقة . وبعد أن يستقر هذا المطلب ، قد يزاد مثلا إلى عشرة سطور ، وهكذا ، (٢) جدول التدعيم : يتعين فى البداية أن يتبع الكتابة تقديم التدعيم ، أى التدعيم المستمر ، إذ أنه أكثر فعالية فى المبادأة بالسلوك والإبقاء عليه فى البداية ولكن بعد فترة يمكن أن يقدم التدعيم بعد كل مرتين

أو ثلاث مرات من الكتابة « **التدعيم المتقطع** » **«Intermittent Schedule of Reinforcement»** ويمتاز بقدرته على توليد سلوك أكثر مقاومة للإنطفاء . إذ يصبح سلوك الكتابة أقل اعتمادا بصورة مباشرة على المدعم المعين وهو فى هذه الحالة قراءة الجرائد . وعادة لا يهتم بجودة الكتابة أو طبيعتها لأن المشكلة هى البدء بالكتابة . كما أن السلوك المستعاد يتدعم بشعور المريض بالكفاءة وإرجاع الأثر المشجع من قبل الزملاء أو قبول ما يكتبه للنشر ، الخ .

(٥) **مراقبة ومتابعة التقدم** : نظرا لأن المريض يحتفظ بسجلات لكتاباته فإنه يمكنه مع المعالج التحقق من مدى فعالية الإجراءات المتبعة . فمثلا ، إذا كان عدد السطور المكتوبة لا يزيد ، فقد يتعين جمع بيانات إكلينيكية إضافية والبحث عن مدعم أقوى . كما أنه من المفيد البحث عن مقاييس أخرى للأداء مثل ازدياد الثقة بالنفس ، وهو متوقع نتيجة التغلب على السلوك المشكل المستهدف .

إعادة التدريب الإشراطى المترونومى على الكلام

ويمثل هذا الإجراء السلوكى Metronome-Conditioned Speech Retraining دائرة أخرى يتزايد الاهتمام بها فى العلاج السلوكى ، وهى إقامة بدائل سلوكية prostheses ، وهذه البدائل هى أدوات ميكانيكية أو الكترونية يلبسها أو يحملها المرضى فى بيئاتهم الطبيعية لتسهيل تعلم أنماط سلوكية أكثر تواؤما . ومن أمثلتها ما يهدف إلى علاج التأتأة الحادة والمزمنة لدى المراهقين والراشدين . وغالبا ما تكون التأتأة لدى مثل هؤلاء المرضى قد زاد تعلمها وزادت ممارستها إلى الحد الذى لا تصلح فيه لعلاجها الإجراءات الأخرى إذا استخدمت بمفردها مثل فك إشراط القلق المرتبط بالكلام أو إعادة تنظيم الإشراطات التدعيمية . ومن البدائل والإجراءات التى يمكن استخدامها فى هذا المجال ما يلى (٥) :

الجدولة والطلاقة : **Pacing and Fluency** : من المعروف أن معظم المرضى الذين يعانون من التأتأة يظهرون تحسنا ملحوظا وفوريا فى الطلاقة إذا تحكموا فى معدل كلامهم ليتفق مع الدقات المنتظمة لجهاز مترونوم سمعى . ولكن هذه المعرفة لم تستغل بالقدر الكافى فى علاج مرضى التأتأة لسببين : (١) إن التحسن الذى يقع فى الكلام فى وجود المترونوم لا ينتقل بقدر كاف إلى الكلام بدونه . فالانتقال لا يحدث تلقائيا ؛ (٢) وحتى فى وجود المترونوم ، فإن معظم المرضى يعجزون عن

الكلام فى يسر فى المواقف التى تشكل ضغوطا شديدة ، لأن التوتر والقلق المصاحبين يعوقان المرضى عن التنبه إلى دقات المترونوم وتوقيت كلامهم معها . وقد أمكن التغلب على هذين المعوقين من خلال تقنيتين : الأولى الكترونية والثانية سلوكية . وتتمثل الأولى فى مترونوم الكترونى مصغر يشبه سماعة صغيرة يلبس خلف الأذن ومن ثم يمكن للمريض أن يحمل الأداة البديلة وبالتالى العلاج إلى الأيكولوجية الطبيعية . وهذه الأداة مزودة بضابط لحجم الصوت يمكن المريض من ضبط درجة ارتفاع صوت الدقات إلى أعلى من مستوى الصوت المحيط . والمترونوم مزود أيضا بضابط للمعدل يتراوح من ٣٠ إلى ١٥٠ دقة فى الدقيقة . والتقنية الثانية هى برنامج سلوكى تستخدم فيه الأداة بصورة منتظمة لفك إشراط القلق المرتبط بمواقف الكلام . وهذا الفك للإشراط أساسى لتمكين المريض من الكلام فى يسر فى كل المواقف إلى أن يمكنه فى النهاية الكلام بدون هذه الأداة .

إعادة التدريب : فى الجلسة العلاجية الأولى يحدد المعالج الظروف التى يمكن فيها للمريض الكلام فى يسر فى مكتب المعالج باستخدام مترونوم مكتبى مثل ذلك الذى يستخدم فى التدريب على البيانو . ومن الممكن دائما تقريبا تحديد هذه الظروف . ففى حالات التأتأة الشديدة ، قد يكون من الضرورى ضبط المترونوم على معدل ٤٠ دقة فى الدقيقة وتوجيه المريض إلى النطق بمقطع واحد مع كل دقة . وبالطبع ، فإن النتيجة هى كلام قليل الفائدة لأن معدله بطىء ولأنه محدود جدا وفى ظروف غير طبيعية هى مكتب المعالج . ويشير المعالج للمريض إلى أن المهمة الآن هى امتداد سهولة الكلام المتحصل عليها على بعدين : الأول يتعلق بالمعدل ، وإلى أن يستطيع المريض الكلام بمعدل عادى يتراوح من ١٣٠ إلى ١٥٠ كلمة فى الدقيقة . والبعد الثانى موقفى إلى أن يستطيع المريض الكلام فى كل المواقف والظروف . ويتحقق ذلك عن طريق مواصلة التدريب على خطوات صغيرة ، على أن يقوم المريض بالمران الذاتى على كل خطوة تتحقق خارج مكتب المعالج . فإذا استطاع المريض الكلام فى يسر بمعدل ٤٠ مقطعا فى الدقيقة ، فإن المعالج يزيد معدل المترونوم تدريجيا إلى ٥٠ ، ٦٠ ثم إلى ٩٠ أو ١٠٠ دقة فى الدقيقة . وكذلك يبدأ المريض فى نطق أكثر من مقطع واحد لكل دقة ويتمرن ذاتيا فى المنزل بين جلسات العلاج عند المعدل الذى وصل إليه ، كما يبدأ المريض فى تنويع مواقف وظروف الكلام بحيث تزداد تدريجيا فى درجة إثارتها للقلق . فمثلا ، قد يتمرن على الكلام وهو بمفرده فى

الأسبوع الأول . ثم يدعو صديقا أو والده إلى الكلام معه فى الأسبوع الثانى . وبعد أن يكتسب قدرا من الثقة فى الحديث مع شخص آخر ، يمكنه أن يدعو بالتدريج أشخاصا آخرين وهكذا . ويقدر برادى (٥ ، ص ١٣٧٢) نتيجة خبراته بأن المريض الذى يتوفر لديه الدافع للعلاج يمكنه أن يتحدث فى طلاقة بالمعدل العادى (١٠٠ إلى ١٦٠ كلمة فى الدقيقة) فى مواقف قليلة الشدة وفى زمن يتراوح من ٣ إلى ٥ أسابيع من العلاج . وكذلك يمكنه التحكم فى أسلوب الكلام عن طريق السماح لنفسه بالتوقف الاختيارى مع بعض دقات المترونوم والتحدث بأكثر من مقطع مع بعض الدقات ، الخ وعند هذه النقطة يبدأ المريض فى استخدام المترونوم المصغر والذى يسمح له بنقل التحسن الواقع إلى ظروف الحياة اليومية الطبيعية والأكثر تعقيدا . ويتدرج المريض صعودا من مواقف الضغط الخفيف إلى الأشد بصورة تقرب من أن تكون « تخلصا تدريجيا من الحساسية » بصورة حية ، فإذا ما واجه المريض صعوبة غير متوقعة فى الكلام بسهولة فى موقف معين ، أمكنه أن ينقص من معدل المترونوم وبذلك ينقص من معدل كلامه . فإذا ما تساوت كل الظروف الأخرى ، فإن هذا الإنقاص من معدل الكلام سوف يسمح للمريض باستعادة سهولة الكلام . وبهذه الطريقة يمكن للمريض أن يعدل من معدل كلامه طبقا لمستوى شدة الموقف الكلامى وبحيث يفضل دائما درجة أعلى من السهولة على معدل أعلى من الكلام . وحين يستطيع المريض الكلام فى سهولة فى معظم المواقف فى حياته اليومية ، يبدأ التخفف من استخدام المترونوم بنفس الترتيب ، فيكف عن استخدامه فى أسهل المواقف أولا ، ثم إلى الأصعب قليلا ، وهكذا إلى أن يكف عن استخدامه فى كل المواقف ، وقد يتطلب ذلك عدة شهور ، ويقرر برادى أن الكثيرين من المرضى استطاعوا الاحتفاظ بالتحسن مددا طويلة بعد التوقف عن استخدام المترونوم ، ولكنهم قد يستخدمونه فى مواقف محددة مثيرة للقلق بدرجات عالية مثل مخاطبة جمهور أو محكمة . ولكن أقلية من المرضى لا تستطيع أن تحتفظ بالتحسن إلا باستخدام المترونوم . وفى تقدير برادى ونتيجة لخبرته ، فإن هذه الفئة تشكل أشد الحالات إزمانا وفشلا فى الاستجابة للطرق الأخرى ، ولذلك فهم يرحبون باستخدام المترونوم ولو بصورة دائمة .

وهناك عدد آخر من البدائل ومنها مترونوم الكترونى لإحداث استرخاء عضلى عميق فى العلاج عن طريق التخلص التدريجى من الحساسية ، أو للتحكم فى مراحل

التوتر والقلق . وكذلك هناك نظام الكترونى للإشارات للكشف عن أخطاء التواصل وتصحيحها ، وجهاز يمكن للشخص حمله لإعطائه صدمات كهربائية خفيفة لعلاج بعض الاضطرابات الوسواسية — القهرية . ويجب التأكيد على أن استخدام مثل هذه البدائل فى العلاج السلوكى ليس بديلا عن إزالة القلق اللاتواؤمى أو تعلم المريض لأنماط سلوكية أكثر تواؤما ، بل هى معينات لتيسير هذا التعلم .

الطب السلوكى : وهو تطبيق لأسس تحليل السلوك (العلاج السلوكى) للوقاية من الاضطرابات الطبية وعلاجها ، ورغم أن الفكرة ليست حديثة ، إلّا أنها لم تتشكل فى صورة ميدان محدد للتنظير والبحوث والتطبيق إلّا فى العقود الأخيرة . ويتركز مجال كبير للتطبيق فى التدريب على الاسترخاء لعلاج الاضطرابات مثل ضغط الدم essential hypertension والتى قد تلعب فيه حالة مزمنة من ارتفاع الاستثارية دورا فسيولوجيا مرضيا . والمجال التطبيقى الآخر للطب السلوكى هو فيما يسمى « **اضطرابات الضبط الذاتى** » Disorders of Self-control ومن أمثلتها : البدانة والتدخين والاعتمادية الكحولية . وتتمثل الاستراتيجية الرئيسية فى العلاج فى مساعدة المريض على التحكم بقدر أحسن فى سلوك التدمير الذاتى بطرق الضبط الاشراطى (تعديل السلوك عن طريق برمجة عواقبه) والتخطيط البيئوى (تعديل السلوك عن طريق برمجة المنبهات البيئوية التى تتحكم فيه) . فمثلا ، فى علاج البدانة ، تبرمج تدعيمات إيجابية معينة لإنقاص الوزن ومنها التشجيع من قبل المعالج ، الثناء من قبل أفراد الجماعة العلاجية أو ثواب عينى مثل ملابس جديدة أو أدوات وملابس رياضية بالاتفاق مع الزوج أو الزوجة مثلا) . وقد يتكون الضبط الإشراطى من دعوة المريض إلى النظر إلى صورة فوتوغرافية له حين كان أقل وزنا مما هو عليه الآن بكثير . وبعد أن ينجح مباشرة فى الابتعاد عن طعام عالى السعرات أو كميات كبيرة من طعام مسموح به . وعلى العكس ، فإنه حين يجد المريض نفسه واقعا تحت إغراء الطعام غير المقبول ، فإنه يتعين عليه أن ينظر إلى صورة له وهو بدين (والأفضل وهو فى ملابس السباحة) ويتمثل التخطيط البيئوى أو ضبط المنبه فى أن يطلب من المريض تناول طعامه فى مكان واحد فى الوقت الذى لا يكون مشغولا فيه بأى نشاط آخر ، فيأكل المرضى فى مائدة واحدة ويستخدمون نفس الأدوات ويجلسون فى نفس الكراسى . والفكرة هى فى الإقلال من عدد المنبهات والأحداث البيئوية التى أصبحت مرتبطة بالأكل والتى تنزع إلى استثارة سلوك الأكل . وهكذا

تصبح قراءة الجريدة اليومية أو مشاهدة آخر نشرة للأخبار المسائية أو الحديث التليفونى مع صديق ، تصبح مثل هذه الأنشطة التى ربما تكون قد ارتبطت باستثارة الأكل ، فاقدة لقدرتها على استثارة الشعور بالجوع والرغبة فى الأكل . وكذلك فإن تحديد مواعيد الإجابات بدقة يقلل من المنبهات الزمنية المرتبطة بالأكل . وكذلك فإن من أمثلة التخطيط البيئوى أن يستخدم المريض دائما أطباقا وأكوابا صغيرة الحجم مما يشجع على تناول مقادير أصغر من الطعام .

ومن المجالات التطبيقية الأخرى للطب السلوكى الوقاية من المرض من خلال تعديل طراز الحياة ، مثل الوقاية من اضطرابات القلب عن طريق إنقاص عدد من عوامل الخطر المتعددة ولها جوانب سلوكية ترتبط بها ، مثل زيادة دهنيات الدم Hyper lipidemia ويمكن غالبا التحكم فيها عن طريق الالتزام بنظام غذائى خال من الكولسترول أو برنامج طبى دوائى يقلل من ليبيدات الدم . ويمثل الالتزام التام ببرنامج طبى مشكلة سلوكية وكذلك فإن ضغط الدم المرتفع عامل من عوامل الخطر يمكن الإقلال منه عن طريق فقدان بعض الوزن والرياضة المناسبة . ومن عوامل الخطر أيضا التدخين ونقص النشاط الرياضى والبدانة وكلها تتطلب تغييرا فى طراز الحياة . وأخيرا ، فإن النمط السلوكى المعروف بالنمط (أ) هو أيضا عامل خطر فى اضطرابات القلب قابل للتخفف منه عن طريق أساليب العلاج السلوكى . والكثير من الأساليب العلاجية التى عرضناها تستخدم اليوم على نطاق واسع فى المحافل العلاجية بقدر من النجاح لإنقاص عوامل الخطر على القلب .

التعاقد السلوكي : Behavioral Contingency Contracting : وهو تطبيق من نوع خاص لقواعد التدعيم الإجرائى . ويمثل اتجاهين حديثين فى العلاج السلوكى وهما : العمل بقدر أكبر فى البيئة الطبيعية للمريض ، والكشف عن مركز المشكلات الاكلينيكية فى التفاعلات بين الأشخاص مثل الزوجين وعائلتهما ، وليس فى شخص واحد بمفرده . ويتضح استخدام التعاقد السلوكى أكثر ما يتضح فى الإرشاد الزواجى . ويفترض فى هذا المنهج لعلاج المشكلات الزواجية أن مشاعر واتجاهات كل من الزوج والزوجة نحو الآخر هى إلى حد كبير دالة لسلوك معين من كل منهما نحو الآخر ؛ وأن التركيز المباشر على تغيير السلوك المعين بدلا من التركيز على المشاعر والاتجاهات يكون أكثر كفاءة وفعالية — كما يفترض أن الزواج الموفق مثله مثل أى علاقة وثيقة مستمرة ومشبعة يقوم فى النهاية على أساس تبادل التدعيمات

الإيجابية . وفى التعاقد السلوكى ، يقوم المعالج بفحص الملامح البارزة فى شبكة التدعيمات القائمة بين الزوج والزوجة ومساعدتهما على إحداث تغييرات أكثر ملاءمة فيها . وغالبا ، فإن كلا منهما قد لا تكون لديه فكرة واضحة عما يريده الآخر أو ما يتوقعه من العلاقة . ولذلك فإن التعارض فى التعاقد السلوكى يغلب أن يجعل مثل هذه التوقعات أكثر وضوحا وتحديدا . وكذلك فإن التفاعل فى الزواج المضطرب غالبا ما يتضمن محاولة كل من الطرفين إشباع حاجاته عن طريق تبادل العقاب والتدعيم السلبى بدلا من التدعيم الايجابى . فمثلا قد يكشف التحليل السلوكى لتفاعل الزوج والزوجة عن أن هذه الأخيرة تحاول عن طريق المضايقات المتكررة دفع زوجها إلى قضاء وقت أطول فى المساء لمناقشة همومهما المشتركة . وهذا مثال لمحاولة التأثير فى سلوك الآخر عن طريق التدعيم السلبى وفيه تأمل الزوجة فى زيادة تواتر سلوك زوجها (مناقشة الهموم المشتركة) عن طريق إنهاء منبه منفر (المضايقات) حين يستجيب لها . ورغم أن مضايقات الزوجة قد يكون لها هذا التأثير فى بعض الأحيان ، إلا أن الزوج قد يستجيب لها عن طريق الهروب أو التجنب ، وقد يترك المنزل غاضبا أو يرجع إليه متأخرا . ومن ثم فقد تستجيب الزوجة بحجب عاطفتها نحو الزوج . وهو مثال لعقوبة أو لحدث منفر (حجب الحب) يقصد منه إنقاص سلوك يسبقه (حضور الزوج متأخرا) . وقد يستجيب الزوج أيضا بنوع من توقيع العقاب على الزوجة (عن طريق السير فى طريق الصمت بقدر أكبر) حين تفشل فى التعبير عن عاطفتها نحو الزوج . وهكذا تنشأ نظم معقدة من العقوبات والتدعيم السلبى فى بعض حالات الزواج المضطرب .

وفى تطبيق التعاقد السلوكى يساعد المعالج الزوجين على التعرف على السلوك الذى يريده كل منهما من الآخر أكثر من غيره ، وعلى تحديد وتخصيص هذا السلوك ثم يساعدهما فى التفاوض على عقد تبادلى . فمثلا قد يوافق الزوج على تحديد وقت معين كل مساء لمناقشة الهموم المشتركة مع زوجته وقد توافق هى على وقف مضايقاتها له . كما قد يوافق الزوج على الحضور إلى المنزل فى زمن محدد معظم أيام الأسبوع وقد توافق هى على إظهار عواطفها نحوه عند وصوله . ولتجنب الغموض وسوء الفهم ، فقد يطلب المعالج من الزوجين كتابة تفاصيل الاتفاق التعاقدى بينهما . وقد يعترض بعض الأزواج على مثل هذه الإجراءات أو قد ينظرون إليها على أن فيها حطا لكرامتهم . وفى مثل هذه الحالات يشير المعالج إلى أن الزوجين قد عجزا

عن إقامة علاقات طيبة باستخدام الطرق الأخرى وأن البرنامج الحالى يكون ناجحا غالبا إذا التزم به الزوجان التزاما صادقا . ومن المفيد أن ينبه المعالج منذ البداية إلى أنه سوف تتم مراجعات دورية لمدى التقدم . ويمتاز التعاقد السلوكى بأنه فضلا عن نجاحه فى إبعاد التدعيمات السلبية ، فإنه يفيد الزوجين من خلال تبادل الخبرات فى التعاقد ، وهو يتضمن محاولة فهم حاجات الآخر والتعبير عن الحاجات الذاتية والكشف غالبا عن أن الطرف الآخر مستعد لتغيير سلوكه مما قد يترتب عليه تغيير فى الاتجاهات والمشاعر . وقد وضحت قيمة التعاقد السلوكى فى أكثر من مجال مثل علاج المرضى فى عنابر المستشفيات وفى التعامل مع العائلات .

والأفضل أن يكون العقد مكتوبا تحدد فيه نتيجة تفاوض وفهم متبادل، كل العلاقات الإجرائية من تدعيم وعقاب ، الخ .. فمثلا فى برنامج للإقلال من التدخين أو من الوزن الزائد ، قد يطلب من كل عميل إيداع مبلغ من المال يسترد منه جزء عن كل جلسة يحضرها ، أو قد يودع العميل صورا عزيزة لديه يستردها إذا فقد مقادير محددة من وزنه . ومن مزايا التعاقد السلوكى أنه يشعر الطرفين بقدر من المساواة يزيد فى التزام كل منهما بالأداء المحدد فى العقد ويلاحظ أنه فى التعاقد يجمع غالبا بين إزالة الحساسية وبين الحساسية غير الظاهرة . فمثلا ، فى الإرشاد الزواجى قد يجمع العقد بين جوانب ومشكلات عديدة مثل المشكلات الجنسية ومشكلات الاتصال ومشكلات التصرفات المالية ، وقد يكون العقد فرديا أو جماعيا . ويتزايد استخدام التعاقد السلوكى اليوم فى المجالات التربوية . بل إنه طبق فى إدارة ما يسمى « المجتمعات التجريبية » والحكم الذاتى وفى السجون وفى مستشفيات الأمراض العقلية وفى منازل منتصف الطريق . وفى برامج الضبط الذاتى كأن يعد الفرد نفسه « إذا أنجزت .. سوف أمنح نفسى .. »

نماذج للعلاج السلوكى :

نقدم فيما يلى حالتين قام بعلاجهما الدكتور مكرم سمعان وهو أخصائى نفسى معالج مصرى الأصل ويقيم فى كاليفورنيا بالولايات المتحدة الأمريكية . وقد نشرت الدراستان فى مجلة « العلاج السلوكى والطب النفسى التجريبى » (١٦ ، ١٧) . وقد اخترنا هاتين الحالتين لأنهما تقدمان صورة حية للإجراءات العلاجية السلوكية وشرحا لفعالياتها .

الحالة الأولى : ضبط التبول اللاإرادى بواسطة الإشراط الإجرائى :

درج أصحاب مدارس التحليل النفسى على نسبة التبول اللاإرادى إلى صراعات انفعالية ، واعتبروه مظهرا لاستجابات لاشعورية سلبية – عدوانية نحو الوالدين ومخاوف خصاء المركب الأوديبى أو استجابة نكوصية لتهديد . ولكن مكرم سمعان يذكر أنه لم يعثر على تقرير واحد عن حالة واحدة من هذا النوع عولجت فى الاطار التحليلى . وقد عالج ماورار وماورار الأطفال الذين يعانون من التبول اللاإرادى باستخدام جهاز « الوسادة والجرس » تطبيقا للإشراط الكلاسيكى وقررا نجاحه بنسبة ١٠٠٪ . ثم قام لوفيبوند بتعديل الجهاز ليضم جرسين ، ووجد أن العلاج كان ناجحا بنسبة ٤٥٪ من الحالات فى متابعة استمرت عامين . ولكن تجارب أخرى كانت نتائجها متناقضة . والحالة موضوع الدراسة الحالية هى للطفلة ميرفا ، وكان عمرها حينئذ سبع سنوات ، ونسبة ذكائها ٩٥ على مقياس ستانفورد– بينيه ، وهى ابنة طالب أجنبى ، وتكبر شقيقيها من الذكور ، وقد كانت دائما تتبول لاإراديا ليلا وأحيانا بالنهار وبخاصة حين كانت تلعب مع زميلاتها . وكانت تتبول مرة أو اثنتين وأحيانا ثلاث مرات فى الليلة الواحدة ، وهى كثيرة الشرب للماء . وقد تكررت الشكوى من نقص كفاءتها الاجتماعية فى علاقاتها مع أقرانها ومع المدرسين والوالدين وهى تتأخر فى الذهاب إلى المدرسة وضعيفة الانتباه وتسبب المشاكل فى الفصل وخارجه فى المدرسة ، ودائمة الشكوى من أقرانها . وقد استمرت لمدة عامين دون تحسن تحت العلاج التحليلى . وقد ركز المحلل النفسى على الوالدين وكان يحثهما على منح الطفلة ما يزعم أنه ينقصها من حب ورعاية ، وكان ينصح بالحد من شرب السوائل بعد العشاء . وفى العام الثانى بدأ فى إعطائها الديكسدرين لتمكين الطفلة من النوم الخفيف إلّا أن ميرفا بدأت تظهر التأثيرات الجانبية للعقار دون تحسن فى التحكم فى التبول اللاإرادى . ومن ثم قرر الوالدان إنهاء العلاج التحليلى .

وفى بداية العلاج السلوكى ، استخدم أسلوب ماورار وماورار المعدل ، وطلب من الوالدين تقديم تقارير يومية عن النتائج . وقد كان النجاح متقطعا فى الاسبوع الأول ، فكانت الطفلة تستيقظ بمساعدة من والديها وتذهب للحمام ، ولكنها كانت رغم ذلك تبلل فراشها وبالرغم من صوت الجرس . وفى الاسبوع

الثالث أعطيت وبالتعاون مع طبيب العائلة عقار الديكسدرين لتيسير استيقاظها . وبعد اسبوعين آخرين دون تحقق تقدم يذكر ، قرر المعالج تجربة الاشراط الاجرائى . وقد كانت الحلوى كما كان اللمس البدنى من أكثر الأشياء المحببة إلى ميرفا . وشرح المعالج للوالدين مفهومى التدعيم والاشراط . وكان معلوما للمعالج أن ميرفا كانت تبلل فراشها عادة بعد ساعة أو ساعتين من ذهابها للفراش وأنها كانت تكرر ذلك مرتين أو ثلاث مرات كل ليلة خلال فترة تتراوح من ساعتين إلى ثلاث ساعات . وفى ضوء ذلك حدد المعالج استراتيجيته العلاجية من ثلاث خطوات هى : (١) أن يتأكد الوالدان من أن الطفلة تتبول فى الحمام كل ليلة قبل ذهابها للفراش مباشرة ؛ (٢) بعد ساعة على الأكثر يوقظ الوالدان الطفلة بلطف ويضمها أحد الوالدين بذراعيه ويحملها إلى الحمام حيث تشجع على الجلوس على مقعد المرحاض للتبول . وبمجرد أن تبدأ ذلك تعطى قطعة من الشوكولاته المحببة إليها ، (٣) تتكرر هذه العملية ثلاث مرات كل ليلة على فترات من ساعتين إلى ثلاث ساعات ، ويستحث التبول عن طريق إحداث صوت شبيه بصوت اندفاع البول أو فتح صنبور المياه عند جلوس الطفلة على كرسى المرحاض ، وقد نبه على الوالدين بوضوح بضرورة أن تعطى قطعة « الشوكولاته » عند ظهور أول علامة على بدء التبول . وكان على الوالدين أن يحتضنا الطفلة بلطف عند إيقاظها على سبيل التدعيم الاجتماعى ولتيسير حدوث تسلسل سلوك التبول فى المكان المناسب . وتكرر التنبيه على الوالدين بضرورة الالتزام الكامل بهذا الاتفاق . وفى اليوم الرابع ، بدأ وضع قطعة « الشوكولاته » على مرأى من بصر الطفلة وتوجيهها إلى أخذها بنفسها ، وكان على الوالدين تقديم تقرير يومى بالتليفون للمعالج وبخاصة من ميرفا لتقديم التدعيم اللفظى . ثم وجه الوالدان إلى الإنقاص التدريجى من حث ميرفا وذلك على أساس الافتراض بأن الطفلة سوف تتعلم سلوك الاستيقاظ تلقائيا . وبعد عشرة أيام من التحكم الناجح فى التبول بدأت ميرفا تذهب للحمام للتبول تلقائيا قبل ذهابها للنوم . وبعد ساعة كان الوالدان ينتظران لرؤية ما إذا كانت سوف تستيقظ تلقائيا ، فإن لم تفعل كررا الأسلوب السابق وفى الاسبوع الثانى أيقظ الوالدان ميرفا ثلاث مرات فى نسق متقطع . وفى الاسبوع الرابع بدأت الطفلة تستيقظ تلقائيا لتذهب إلى الحمام ويثنى عليها الوالدان ، وقد كانا كل صباح يحتضنانها ويظهران سعادتهما وفخرهما بسلوكها . وفى الأسبوع الخامس وحتى السابع كان التدعيم يقدم بصورة متقطعة ،

وبمقتضى جدول معدل متغير . وفى الصباح بعد أول مرة طبق فيها هذا النسق ، علقت الطفلة على أنها لم تجد « الشوكولاته » فذكر الوالدان أنهما نسيا أو أنهما كانا قد ناما ، وأعطياها بعض الحلوى واحتضناها وعبرا عن فخرهما بسلوكها . وقد انقصت بالتدريج كمية الحلوى بالليل إلى أن ألغيت تماما فى الأسبوع الثامن ، وتشير تقارير الوالدين إلى أن التبول اللاإرادى حدث ثلاث مرات فى الأسابيع الثلاثة الأولى فى الظروف التى أهمل الوالدان فيها الاجراءات المتفق عليها . وفى متابعة استمرت لمدة عامين لم يحدث تبول لاإرادى إلّا مرة واحدة اضطرب فيها نوم الطفلة نتيجة حفل صاخب بالمنزل وإفراط فى النوم . وقد نصح الوالدان بعدم تغيير الروتين العادى لمدة عام إلى أن تتمكن ميرفا من التحكم التام فى التبول . وكذلك تشير التقارير من الوالدين والمدرسة إلى تحسن كبير فى السلوك الاجتماعى والشخصى لميرفا فى الأداء المدرسى .

وينسب المعالج نجاح العلاج إلى وضوح الإجراءات والحث والتدعيم المتعدد (الأولى والاجتماعى) . وقد وجه الحث (الإيقاظ والتوجيه) الطفلة إلى الابتداء بالسلوك المرغوب الذى قدم له دعم فورى . وقد أمكن ربط الإيقاظ فى تسلسل ينتهى بالتبول فى الحمام . وقد كان التدعيم المقدم للطفلة كل صباح للسلوك الليلى يقصد به الربط بين الاستجابات فى كل متكامل ويلاحظ أن التدعيم كان يطبق بصورة ثابتة متسقة لكل استجابة فى تسلسل السلوك إلى المرحلة التى يستقر فيها السلوك الجديد . وبعد ذلك يقدم التدعيم بصورة متقطعة وطبقا لجدول متغير المعدل لتعظيم مقاومة انطفاء تعاقب سلوك التحكم فى التبول فى المكان المناسب . وبعد ذلك انقص تدريجيا معدل التدعيم إلى أن أسقط كلية بينما استمرت المدعمات اللفظية والاجتماعية لفترة ثم انهيت حين ثبت السلوك الجديد .

الحالة الثانية : وقف الأفكار والغمر فى حالة الهلاوس والوساوس والسلوك الانتحارى – الجنائى

تاريخ الحالة :

كانت مارسى فى الثانية والأربعين من عمرها حين أحيلت إلى العلاج من قبل مركز الوقاية من الانتحار فى كاليفورنيا . وكانت تقيم مع زوجها الثانى وخمسة أطفال . وقد شملت الشكاوى المقدمة :

(١) تكرر الهلاوس السمعية والبصريه فى صورة أمها تهددها بحياة تعيسه . كلما ذهبت إلى الحمام رأت الماء يتغير فى نزوله من « الدوش » إلى دم بينما ترقبها صورة الأم من باب الحمام وهى تصيح منذرة ومهددة وقد يستبد القلق بمارسى إلى الدرجة التى تهرب فيها من الحمام . وأخيراً تحولت الهلوسات من صورة الأم إلى صورة الابن المتوفى ، وقد فقدت مارسى قدرتها على التمييز بين الأخيلة والواقع .

(٢) الأفكار الوسواسية المرتبطة بالآلات الحادة وقيادة السيارة : كانت مارسى فى كل مرة ترى أو تلمس فيها أداة حادة مثل سكين مطبخ أو مشرط مما يستخدم لفتح المظاريف ، تخبر أفكارا انتحارية – جنائية تسيطر عليها بقتل أحد أطفالها وذبح زوجها أو قتل نفسها . وقد ساورتها فكرة تلوث يديها وصدرها بالدم ، كما ساورتها أفكار قيادة السيارة إلى هاوية أو فوق حافة كوبرى . وكثيرا ما تجنبت قيادة السيارة وألقت بسكاكين المطبخ فى القمامة لتجنب هذه الوساوس المنفرة .

(٣) السلوك الاكتئابى نتيجة لكل ما سبق كانت مارسى تعانى من اكتئاب مستمر وتقلص نشاطها إلى حد كبير وكذلك علاقاتها الاجتماعية . وقد توترت علاقاتها العائلية وساءت إدارتها للمنزل وأصبح النشاط الجنسى أمرا كريها لا تسعى إليه وأخيرا تجنب زوجها الحضور للمنزل .

عاشت مارسى حياة عائلية قاسية منذ مولدها وقد حاولت الانتحار وهى فى سن الثالثة عشرة عن طريق القفز من سقف المنزل . وكثيرا ما هددها وعاقبها الوالدان وتمنيا لو أنها تركت المنزل . وقد تزوجت مارسى قبل أن تبلغ السادسة عشرة من شاب فى الثامنة عشرة من عمره واستمر الزواج لمدة عامين وكان زواجا مضطربا انتهى بعد وفاة الأم مباشرة . وخلال السنين الست السابقة عاشت مارسى مع زوجها الثانى (وكان يعمل ميكانيكيا) والأطفال ولكن تدهور هذا الزواج بعد عامين وهربت ابنتها المراهقة (من الزوج الأول) من المنزل . وبدأ زوجها الحالى فى اهمالها هى والأطفال وكان يقضى معظم وقته فى مشاهدة التليفزيون وفى أنشطة اجتماعية خارج المنزل . وقد بدأت مارسى تتعاطى الكحوليات وتعانى من الهلوسات السمعية والبصرية وأفكار الانتحار أو القتل ومشاعر الاكتئاب كما حاولت الانتحار

العلاج :

اشتمل العلاج على أساليب « وقف الأفكار » للهلوسات و « الغمر » لوساوس الخوف من السكاكين . وقد استمر العلاج بمعدل جلسة كل أسبوع ولمدة ستة أسابيع تلتها جلسة عائلية للتدريب على التدعيم التبادلى . وخلال فترة المتابعة ، عقدت ثلاث جلسات إضافية للتثبيت ولدعم النتائج ولتدريب المريضة على الاسترخاء العضلى العميق لتمكينها من التحكم فى القلق . وقد نتج تحسن علاجى فى الأسبوعين الأولين من العلاج . إلّا أن مارسى انقطعت عن العلاج لمدة ثلاثة أسابيع لرعاية بعض شئون عائلية . ولما عاودتها الهلاوس والوساوس ومحاولات الانتحار — القتل عادت إلى العلاج .

(١) **وقف الأفكار** : تجلس مارسى على كرسى مريح ويطلب منها رفع أصبع يدها اليمنى فى كل مرة تراودها الهلاوس والوساوس المخيفة خلال المحادثة وأن تخفض إصبعها حين تختفى هذه الوساوس والهلاوس وكلما رفعت أصبعها كانت تظهر علامات أخرى على الخوف مثل اتساع حدقة العينين وإحمرار الوجه وزيادة معدل النبض والتوتر العضلى وأحيانا الصراخ . وحينئذ يدلك المعالج يدها وذراعها الأمامى ويصرخ بصوت عالٍ يتزايد علوا : «stop, stop it» (أى كفى هذه الهلاوس والوساوس) وذلك إلى أن تخفض أصبعها . وأخيرا رجعت مارسى إلى هدوئها وابتسمت علامة على اختفاء الأفكار والصور المخيفة . وقد دعم هذا الكسب فوريا بصور لفظية وغير لفظية .

وفى البداية كانت مارسى ترى صورة الأم قريبا منها ، ولكن بعد مرات قليلة فى المقابلة الأولى بدأت الصورة فى التحرك بعيدا كما بدأت التهديدات تتناقص فى تواترها وشدتها إلى أن اختفت كلية تقريبا . وقد شجعت مارسى على استخدام هذا الأسلوب فى وقف الأفكار فى المنزل كلما عاودتها هذه الصور والأفكار وقد حملت معها إلى المنزل تسجيلا صوتيا للرسائل «stop it, go away» مع فترات صمت متغيرة تراوحت من ثانيتين إلى عشر ثوان . وكانت تستخدم فى البداية الرسائل المسجلة صوتيا لتشكيل وتقوية وقف الأفكار ، ولكنها بدأت تكرر بنفسها هذه الرسائل إما بصوت عال أو بصورة غير لفظية دون الاستعانة

بالتسجيل الصوتى وكان المعالج حريصا على تدعيم المكسب العلاجى تليفونيا إلى أن انطفأت تماما هذه الأفكار والصور .

(٢) **الغمر أو الإغراق** : عرض على مارسى مشرط صغير لفتح المظاريف وطلب منها محاولة الإمساك به وتقليبه بين يديها . وقد استجابت لهذا الطلب بصراخ مرتفع حاد وعلامات فسيولوجية على القلق ورفض الطلب . وحينئذ أمسك المعالج بيدها بينما كان يحرك المشرط تدريجيا نحوها ، إلى أن وضعه أخيرا فى يدها . وقد طلب منها أن تقبض عليه إلى أن يختفى قلقها . وبعد تردد وبيد ترتعش خوفا لمست المشرط ثم أخيرا أمسكت به . وفى كل مرة تظهر فيها الخوف كان المعالج يلمس يدها بصبر ويتحدث إليها مطمئنا لها إلى أن ينقطع الصراخ والارتعاش . وقد نوقش معها موضوع الاستخدام المناسب للمشرط فى فتح المظارف ، ثم أغلق مظروف وشجعت على فتحه باستخدام المشرط فى خطوات متدرجة ومتعاقبة مع التدعيم عن طريق الثناء واللمس والتدليك الرقيق للكتفين والذراعين ، ثم طلب منها فتح الجوانب الثلاثة الأخرى للمظروف . وفى كل مرة كان المعالج يدعم هذا السلوك إما بصورة لفظية أو غير لفظية – وقد تناقصت الدموع كما قل الارتعاش – وزاد الهدوء تدريجيا وهى تفتح ١٥ مظروفا من جوانبها الأربعة ، وأخيرا بدت ابتسامة على وجهها ونظرت إلى المشرط وقلبته فى يديها وفى صوت واثق قالت : « إنه لم يعد خطرا » . وبعد ذلك نوقش معها استخدام سكاكين المطبخ إلى أن استطاعت التعبير اللفظى عن هذا الاستخدام « السكاكين تستخدم فى المطبخ لتقشير الخضروات ولقطع اللحوم والفواكه والبصل ولفتح المظاريف » ، وقد طلب منها كتابة هذه الوظائف وأن تقرأ ما تكتبه بصوت عال أثناء الكتابة ، كما طلب منها أن تعلق لوحة مكتوب بها هذه الوظائف فى مطبخها ، وأن تقرأ ببطء هذه اللوحة كلما أرادت استخدام سكين فى المطبخ وقبل الاستخدام . وفى المقابلة الرابعة قررت مارسى أنها لم تعد تعانى من الأفكار الخلطية أو الهلاوس بصورة الأم أو الماء الدموى ، ولم تعد تخاف من السكاكين أو الآلات الحادة كما أنه لم تعد تضايقها أفكار الانتحار أو القتل وهى تقود السيارة . وقد طلب منها أن تحادث المعالج بالتليفون لمدة من ٣ إلى ٥ دقائق كلما عاودها هذا السلوك غير المرغوب ، وقد تناقص عدد هذه المكالمات تدريجيا كما طالت الفترات بينها .

١) التدعيم التبادلي : ويشتمل على تدريب افراد العائلة على تبادل التدعيم لتشغيل مهارات الاتصال البينشخصية وتحسينها ولتدريب المريض على الاسترخاء العضلي العميق .

وقد أجريت متابعة لمدة عشرين شهرا عن طريق التليفون أساسا . وقد طلبت مارسى إجراء مقابلات عاجلة مع المعالج خمس مرات ولكن لم يكن يسمح أبدا بالمقابلة فى نفس اليوم ، وبعد محادثة تليفونية تستمر عادة من ٣ إلى ٥ دقائق يثنى فيها المعالج على سلوكها كانت تعطى موعدا للمقابلة فى اليوم التالى . وكان الهدف من مثل هذه الاجراءات هو الاقلال من الاعتمادية على المعالج . وعادة كانت تلغى المكالمة تليفونيا ، وهو سلوك كان يدعم من قبل المعالج . وفى الشهرين الأولين أجريت ثلاث مقابلات ، أعطيت فى المقابلة الأولى تمرينات فى الاسترخاء العضلي العميق وأخذت معها إلى المنزل تسجيلا صوتيا لهذا الغرض لاستخدامه كلما شعرت بالحاجة إلى مواجهة مخاوف أو هلاوس أو أرق . ولم تطلب مارسى أى مقابلات عاجلة فى الشهور الستة الأخيرة من فترة المتابعة التى امتدت لعشرين شهرا . وخلال هذه الفترة كان المعالج يحادثها بالتليفون مرة كل أسبوع ثم مرة كل أسبوعين ثم مرات متفاوتة لا تقل عن مرة فى الشهر . وقد أصبحت مارسى قادرة فى نهاية العلاج على الحياة بصورة فعالة خالية من الوساوس أو الهلاوس أو محاولات الانتحار أو القتل .

ويعلق مكرم سمعان بأن عشرة سنين من العلاج النفسى التقليدى والعلاج عن طريق العقاقير شهدت زيادة فى الوساوس والهلاوس ومحاولات الانتحار – القتل والمخاوف ، بينما أمكن فى عشر جلسات من العلاج السلوكى ومكالمات تليفونية تالية إنقاص السلوك المضطرب من معدل أسبوع بلغ ٢٢ مرة عانت فيها المريضة من الهلاوس ، ١٤ مرة من الوساوس ، ٨ مرات من نوبات الاكتئاب إلى معدل مرة أو مرتين اسبوعيا فى المرحلة الأولى من العلاج ، إلى أن تحررت كلية من السلوك الخلطى .

الفصل السابع

العلاج السلوكي الجماعي

تعريف :

يعرف هولاندر وكازاوكا (ف ٨ ، ص ٢٦٠) العلاج السلوكى الجماعى على النحو التالى : « أى محاولة من قبل شخص أو أشخاص لتعديل سلوك فردين أو أكثر يجتمعون بوصفهم جماعة ومن خلال الاستخدام المنظم لإجراءات ثبت صدقها امبيريقيا وفى إطار يسمح بجمع بيانات ملائمة لتقدير تأثير هذه الإجراءات على أعضاء الجماعة بوصفهم أفرادا وعلى الجماعة ككل » . ومن المحاولات الأولى فى تاريخ العلاج السلوكى الجماعى ما قام به لازاروس من تطبيق « التخلص التدريجى من الحساسية » على جماعة من مرضى المخاوف . وتمثل هذه المحاولة بداية تدخلات مثل التدريب على تأكيد الذات ، وعلى التحكم فى الضغوط ، والتدريب على المهارات الخ . ويتمثل التوجه الثانى فى محاولات باترسون وزملائه تدريب الآباء على مهارات الوالدية فى سياق اجتماعى . وأخيرا يتمثل التوجه الثالث فى محاولة ليبرمان تعديل ديناميات جماعة باستخدام تدخلات سلوكية .

النظرية : يقرر هولاندر وكازاوكا أن المفاهيم الأساسية فى العلاج السلوكى بعامة وهى المفاهيم التى ناقشناها سابقا ، تنطبق هى نفسها على العلاج السلوكى الجماعى ، حيث أنه لم تستنبط حتى الآن مفاهيم خاصة وفريدة بالجماعة العلاجية السلوكية – ولكن الموضوعات التالية فى « ديناميات الجماعة »(*) لها فى تقدير هولاندر وكازاوكا (٨ ، ص ٢٨٠) دلالاتها فى العلاج الجماعى السلوكى بخاصة : (١) العوامل الاجتماعية المرتبطة بالإدراك والذاكرة والدافعية ؛ (٢) إدراك الشخص ؛ (٣) نظرية التنسيب ؛ (٤) الاتصال وتغيير الرأى ؛ (٥) التأثير البينشخصى ؛ (٦) الصراع وصراع الدور ؛ (٧) تكوين الاتجاهات وتغييرها ؛ (٨) القيادة وبناء الجماعة والعملية الجماعية ؛ (٩) الجاذبية .

وقد أفاد باترسون وريد من بحوث ثيبووكيللى فى تطبيق نظرية « عدالة التوزيع » equity فى الجماعة المكونة من فردين وثلاثة أفراد على العائلة وعلى

---

* يجد التازى مناقشات مفصلة لهذه الموضوعات فى المرجع التالى :
لويس كامل مليكه ، سيكولوجية الجماعات والقيادة ، الطبعة الرابعة : القاهرة ، الهيئة المصرية العامة للكتاب ، ١٩٨٩ .

الزوجين ، وافتراضهما أن قابلية نظام اجتماعى للحياة وبخاصة الجماعة الصغيرة من فردين تكمن فى توزيع التدعيمات والعقوبات داخل النظام . أما « تحليل النظم الاجتماعية » فهو يفترض أن السلوك هو وظيفة للنظم التى تتكون بدورها من نظم فرعية ويتعين فهم كل منها بوصفه كلا . وهناك مستويات عديدة للتحليل تشمل : (١) نظم السلوك داخل الفرد ؛ (٢) النظم المرتبطة بالجماعة الأولية للفرد ؛ (٣) وظائف الجماعة الأولية بوصفها نظاما فرعيا لنظام أكبر مثل المجتمع . ويتعين أن يعى المعالج السلوكى الجماعى التفاعلات داخل كل هذه المستويات وبينها . أما باندورا فقد أوضحت بحوثه أن قدرا كبيرا من التعليم يحدث عن طريق الملاحظة فى الجماعة . وقد قدم باندورا نظرة إلى الإنسان بوصفه كائنا نشطا فى بناء الواقع من خلال التفاعل المتبادل بين الأشخاص والبيئة . ولذلك فإن أقوى طريق للتغيير هو البيئة الاجتماعية التى يعيش فيها الفرد بما فى ذلك الجماعة .

ولا يوافق هولاندر وكازاوكا على الرأى القائل بأن العلاج السلوكى الجماعى هو استخدام الجماعة بوصفها مجرد سياق لتطبيق الأساليب الفردية أكثر من أن يكون وسيلة فى حد ذاتها لإحداث تغيير جماعى . وفى تقديرهما أن الجماعة فى حد ذاتها هامة لإحداث التغيير وأن العلاج الجماعى السلوكى يستعين بأساليب عديدة لتوجيه التفاعلات بين فردين والمعايير المتضمنة والتماسك وعمليات إرجاع الأثر والتدعيم والمراحل الارتقائية ، الخ . وهما يريان أن ظواهر العملية الجماعية هى مؤثرات بيئية على السلوك الفردى وأنها يمكن أن تحدث تغييرا علاجيا فى الأفراد ، وأن العلاج الجماعى السلوكى هو منهج **عبر – تفاعلى Transactional** أكثر من أن يكون **عبر-شخصى Interpersonalistic** . ومن المحقق أن هناك جماعات علاج سلوكية تنظم اليوم دون أن تأخذ بالاعتبار العملية الجماعية والتفاعلات بين الأفراد ، وهذه يغلب أن تكون جماعات تعليمية محددة البنيان مسبقا ، كما يغلب التجانس بين أفرادها فى مشكلاتهم وفى أهدافهم العلاجية ، وهى أهداف محددة ونوعية ومنها التدريب على المهارات وعلى الضبط الذاتى . ومن أمثلتها جماعات التخفف من الوزن الزائد ، التدريب على الوالدية ، مهارات الحياة اليومية . إلّا أنه من المحقق أيضا أن ديناميات الجماعة تلعب دورا هاما فيها . وعلى العكس منها جماعات العلاج السلوكى التى تؤكد على خصائص وعمليات الجماعة . وقد يكون أفرادها غير متجانسين وأهدافها عامة ولكن محددة ومن النوع التفاعلى . ويحتفظ المعالج بقدر

مناسب من المرونة فى تنويع أدوار القيادة واستشارة الأعضاء لتدعيم تأثير الجماعة ولتيسير الاستغناء فى النهاية عنها ، وتتعامل الجماعة العلاجية مع مشكلات متنوعة من الفشل فى التفاعلات مع الآخرين : فى الصداقة والحب وتأكيد الذات ، الخ . وفى المخاوف المرضية والعادات الضارة مثل التدخين وكلها تتأثر بالتفاعلات الاجتماعية ، وتمد الجماعة العلاجية السلوكية الفرد بالتدعيم من الأعضاء وبالمناخ الآمن الذى يسمح بتجريب المهارات الاجتماعية الجديدة المكتسبة فضلا عن أنها تقدم نماذج عديدة ناجحة فى تعديل مشكلة مشتركة وفرصة لمراقبة محاولات التغير داخل وخارج الجماعة ، وبالطبع تشترك الجماعة العلاجية السلوكية مع غيرها من الجماعات العلاجية غير السلوكية فى تقديم مزايا منها : تعلم الفرد أنه ليس وحيدا فى معاناته من مشكلاته الشخصية واكتشاف الطرق المميزة للارتباط بالآخرين من حيث مزاياها وعيوبها وارتفاع تقدير الذات من خلال مساعدة الآخرين وتحدى تحريفات وانحرافات العضو من قبل أعضاء الجماعة ومن خلال ضغوطهم .

وفى العلاج الجماعى السلوكى تلتقى ثلاثة أطر نظرية هى :

(١) **نظرية التبادل الاجتماعى** (ثيبو وكيللى) وتفترض أنه حينما يتفاعل الناس فإنهم يحاولون تعظيم الثواب الناتج عن التفاعل وفى نفس الوقت تحجيم التكلفة أو العقوبات الشخصية الناتجة . وكل سلوك يترتب عليه ثواب وتكلفة للآخرين . وفى العلاقات السيكولوجية الناجحة ، تكون التكلفة من القلة بحيث يمكن أن تركز التأثيرات الشخصية على المحافظة على الثواب الناتج عن العلاقة . وفى العلاقات غير الناجحة ، يتخلى الأفراد عن محاولة إقامة علاقات مثيبة ذات معنى ، بل على العكس يركز الناس فى تردد على إبقاء الجوانب المنفرة (التكلفة) بعيدا أو تجميدها . وتشتمل استجابات الإقلال من التكلفة على : الانسحاب الانفعالى ، الانصياع لمطالب الآخرين بتذمر ، السعى إلى علاقات بديلة والقهر . وفى نمط القهر يدرب الناس بعضهم البعض الآخر على أن يكونوا هدامين ، فيطلب طرف من طرف آخر التغيير ، فإذا رفض بدأ يضايقه أو يهدده إلى أن ينصاع ، وبذلك يتنفس الناس الصعداء . وهكذا يعمل القهر دوره . ويمكن الحد من القهر من خلال ضغوط الأعضاء ومساعدة العضو الذى يميل إلى الاستعانة بالقهر على تجنب السلوك المؤذى للذات عن طريق تعلم

تحقيق نفس النتائج من خلال تأكيد الذات والتدريب على الاتصال ومهارات التدعيم الاجتماعى مما ينتج عنه المسايرة والتقدير والتقبل من الجماعة .

(٢) **نظرية التعلم الاجتماعى** : وهى مزيج من الاشراط الاجرائى والاشراط الكلاسيكى ونظريات النمذجة مطبقة لفهم السلوك البينشخصى ، ويستعين قائد الجماعة بالتدعيم الاجتماعى لدعم التماسك الجماعى والتكامل الجماعى . وفى المستشفى مثلا يتحقق ذلك عن طريق الوسائل الترفيهية والطعام ونظام « الماركات » الرمزية الخ .. وفى جماعات العلاج يتحقق التدعيم من خلال الثناء الاجتماعى من القائد والآخرين ومن خلال الأنشطة الاجتماعية المخططة خارج الجماعة والتدعيم الداخلى الناتج عن الشعور بالانتماء لجماعة متماسكة .

(٣) **نظرية الدور الاجتماعى** : وهى تعتمد على دراسة المتغيرات القابلة للملاحظة والظواهر القابلة للقياس وتطبق فى عملية التقدير فى الجماعات السلوكية . وفى أى جماعة يتوقع أن يظهر الناس السلوك الذى يتفق مع مواقعهم الاجتماعية ، ومن ذلك أدوار : القائد ، العميل ، النموذج ، الرفيق ، كبش الفداء ، الطفل المدلل ، الخ .. وينتج الصراع الاجتماعى حين يحاول أعضاء الجماعة نبذ الأدوار المنسوبة إليهم من قبل الآخرين أو من خلال إدراكاتهم الذاتية . كما ينشأ الصراع حين يبالغ عضو فى سلوك الدور كأن يسيطر القائد على مناقشات الجماعة أو يعوق تفاعل الأعضاء أو يتدخل فيما لم يتم التعاقد عليه . ومن واجبات المعالج أن يحول دول قيام أدوار اجتماعية لا وظيفية معوقة وأن يسمح بأكبر قدر من المرونة فى الأدوار وأن يشجع النماذج الإيجابية وأن يحول دون قيام أدوار مثل كبش الفداء أو الطفل المدلل .

العملية :

يحدد هولاندر وكازاوكا عملية العلاج السلوكى الجماعى فى الخطوات التالية :

(١) تكوين الجماعة – تختلف درجة تجانس الجماعة حسب طبيعة المشكلة . فمثلا فى علاج العجز الجنسى يتعين تحقيق التجانس التام لأن اختلاف المشكلة يتطلب مناهج مختلفة تماما . وفى علاج مشكلات التدخين من الواضح أن أعضاء الجماعة يتعين أن يكونوا ممن يعانون من هذه المشكلة . أما فى تشكيل

الجماعة العلاجية الشاملة . فإنه تتبع عادة محكات مرنة مثل التقارب المعقول في الأعمار والتشابه في الخلفيات الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والجنس . الخ

(٢) تكوين جاذبية وهوية للجماعة المبدئية

(٣) تكوين معايير للانفتاح والمشاركة في الانفعالات والخبرات . ومن الواضح أن هناك علاقة وثيقة بين الخطوتين الثانية والثالثة . ويمكن تحديد تعريف إجرائي لتماسك الجماعة من خلال مؤشرات مثل : زيادة نسبة الاتصال بالعين مع المتكلم ؛ زيادة نسبة التفاعلات بين الأعضاء ؛ تناقص عدد الأعضاء الذين توجه إليهم أو تصدر عنهم رسائل سلبية ؛ تزايد نسبة الكشف عن الذات ؛ التعبير عن الرضا عن الجلسات ؛ تزايد علامات تبادل الثقة بين الأعضاء

(٤) إقامة إطار سلوكي لكل المشاركين ، أي أن يقبل كل الأعضاء النظرة السلوكية وهي أن السلوك يرتبط وظيفيا بالأحداث السابقة والعواقب اللاحقة ، لأن هذا النموذج المقدمات – الاستجابات – العواقب يقدم الأساس ليس فقط لتحليل الأحداث السلوكية ولكن لتخطيط التدخلات المؤدية إلى التغير السلوكي

(٥) إقامة توقع إيجابي لدى كل المشاركين ، وذلك من خلال تقديم معلومات عن التدخلات التي سوف تحدث والسلوك المتوقع نتيجة تقدم الجماعة في عملها وتحليل منطقي لها .

(٦) إقامة وتنفيذ نموذج للتغير وذلك من خلال الخطوات التالية : (أ) تحديد وتعريف السلوك المستهدف تغييره ؛ (ب) تحديد خط أساس للسلوك المستهدف وتسجيله ، (ج) تنفيد برنامج ملائم للتغيير يقوم على أساس المعلومات المستمدة من الخطوتين الأولى والثانية ، (د) التقويم من خلال نظام لجمع البيانات اللازمة .

(٧) إقامة وتنفيذ ميكانيزم للتعميم ولانتقال أثر العلاج إلى البيئة الطبيعية .

(٨) إقامة وتنفيذ ميكانيزم للمحافظة على التغير السلوكي بعد انتهاء عمل الجماعة . ويسهم في تحقيق الخطوتين السابعة والثامنة إجراءات مثل تدريب النماذج ذات الدلالة في البيئة والتأكيد على أساليب الضبط الذاتي والتيسير الذاتي لشئون حياة الفرد

الميكانيزمات

وهى عديدة ومتنوعة ومن أهمها ما يلى :

(١) التحكم فى التوقعات مثلا من خلال عرض ومناقشة نجاحات سابقة للإجراءات العلاجية المتخذة .

(٢) الاقناع والالتزام العام وذلك من خلال طرق عديدة معروفة فى ديناميات الجماعة بدأت بأعمال آش .

(٣) المعايير الجماعية وذلك من خلال التدعيم الفارق للمعيار الملائم المرتبط بالسلوك

(٤) التعاقد ، وهو يكون عادة شبه رسمى فى صورة وثيقة مكتوبة تحدد السلوك المستهدف تغييره وعواقبه .

(٥) المترتبات الفردية /الجماعية وذلك من خلال نموذج الاستجابة – التوقع للحصول على التغير السلوكى المنشود من جانب ما يتوقف على سلوك معين للفرد المعين أو سلوك معين تظهره الجماعة . ويتوقف اختيار السلوك الفردى أو الجماعى على التقدير الدقيق للسلوك موضع الاعتبار .

(٦) النمذجة : تتوفر للقائد فرص عديدة لنمذجة السلوك المناسب ، كما تتوفر فرص لأعضاء الجماعة لكى يكونوا نماذج لغيرهم من الأعضاء .

(٧) لعب الأدوار و « بروفات » السلوك . لا يكفى أن يلاحظ الأعضاء السلوك المناسب بل يتعين أيضا أن تعطى لهم الفرصة لممارسة هذا السلوك ممارسة دقيقة .

(٨) التمارين المحددة البنيان وهى تهدف إلى ممارسة السلوك المستهدف بواسطة الأعضاء إما من خلال مباراة أو من خلال محاكاة لمواقف واقعية وبصورة دقيقة قدر الإمكان .

(٩) الجماعات الثنائية ، وهى جماعات يتكون كل منها من فردين بهدف تبادل المساندة والتشجيع .

(١٠) التدعيم من قبل الرفاق .

الممارسات :

يصنف هولاندو وكازاوكا جماعات العلاج السلوكي إلى أنواع ثلاثة هي :

(١) **جماعة التدريب على المهارات** : وهدفها الرئيسى هو تعديل سلوك معين يقلل من الصعوبات ويعظم من التيسيرات للأفراد فى تفاوضهم مع بيئاتهم الفيزيقية والاجتماعية – ومن أمثلتها :

(أ) **التدريب على مهارات العلاقات البينشخصية** : ومن أمثلته البرنامج الذى أعده جولدستين وزملاؤه والمسمى « **العلاج التعلمى المحدد البناء** » **Structured Learning Therapy** للمرضى الذين أنهوا علاجهم بالمستشفى تمهيدا لتيسير عودتهم إلى البيئة الطبيعية ، وتستخدم فيه مقاييس قبلية وبعدية لتقييم مدى المهارات المتوفرة فى بدء العلاج ومدى التقدم فى اكتسابها فى نهاية العلاج . كما تستخدم فيه تقارير عن واجبات منزلية ، وهى تقارير ذاتية توضح مدى التقدم العلاجى بين الجلسات . وتقسم كل جلسة تدريبية إلى أربع مراحل محددة لتعليم السلوك خلال الملاحظة والممارسة والتدعيم وانتقال أثر التدريب . ففى المرحلة الأولى تقدم المهارة للجماعة إما من خلال أشرطة صوتية أو من خلال نماذج حية . وفى المرحلة الثانية تعطى الفرصة لكل عضو لممارسة المهارة . وفى المرحلة الثالثة يتلقى كل عضو إرجاع أثر تصحيحى لتحسين أدائه ولتلقى التدعيم للسلوك المناسب . وفى المرحلة الرابعة يناقش كل شخص نتائج الواجب المنزلى الذى أكمله بين الجلسات وتتخذ الإجراءات لتيسير انتقال أثر التدريب .

وتقدم أشرطة النمذجة الصوتية على نحو ثابت يشتمل على : (١) تقديم المتحدث لنفسه (اسمه ولقبه) ؛ مكانته العالية (مدير المستشفى مثلا) ؛ تقديم المهارة (اسمها ، وصفها العام ، التعريف بتعلمها سلوكيا) ؛ الحافز (كيف ولماذا تكون المهارة ذات فائدة ؟) ؛ أمثلة لعدم توفر المهارة وكيف ولماذا يكون ذلك ضارا ؟ إعادة نقاط تعلم المهارة ورجاء التنبه إلى ما يلى من تقديم ؛ (٢) النمذجة : عشر نقاط مختصرة لتعلم المهارات السلوكية تقدمها نماذج مختلفة وباستخدام مواقف مختلفة (داخل المستشفى وفى المجتمع) . وتتشابه خصائص

النموذج (الجنس والسن والمستوى الاقتصادى - الاجتماعى الظاهر) مع خصائص المتدربين ويقدم سلوك النموذج بالإضافة إلى الفكر والتعلم الذاتى ويقدم التدعيم الاجتماعى للنماذج لأداء المهارة ؛ (٣) ملخص : يعيد المقدم نقاط التعلم ويصف الكسب الناتج لكل من النماذج والمتدربين ثم حث المتدربين على ممارسة نقاط التعلم فى الجلسة وخارجها . وبالطبع يختار الأعضاء الذين تنقصهم المهارة المعينة ويتراوح حجم الجماعة من ٦ إلى ١٢ بالإضافة إلى اثنين من المدربين وتستغرق الجلسة ساعتين ويتراوح عدد الجلسات من ٣ إلى ١٥ .

(ب) **التدريب على تأكيد الذات** : انتشرت هذه البرامج انتشارا كبيرا فى السنين الأخيرة وتنوعت فئات المشاركين فيها فشملت نزلاء المستشفيات وطلبة الجامعات . ويحدد لانج وجاكوبوفسكى (فى ٨ ، ص ٢٩٤) هذا التدريب على أنه يتكون من أربعة إجراءات رئيسية هى : (١) تعليم الناس الفروق بين تأكيد الذات والعدوان وبين عدم التأكيد والتأدب ؛ (٢) مساعدة الناس على التعرف على حقوقهم الشخصية وحقوق الآخرين وتتبعها ؛ (٣) إنقاص العوائق المعرفية والوجدانية القائمة التى تحول دون الفعل التأكيدى مثل التفكير اللاعقلانى والقلق الزائد والشعور بالذنب والغضب ، (٤) تنمية مهارات تأكيد الذات من خلال الممارسة النشطة . وقد أعد لانج وجاكوبوفسكى عددا من الاختبارات تستخدم فى مراحل مختلفة من عملية التدريب منها اختبار التمييز بين السلوك التأكيدى والعدوانى وغير التأكيدى . كما تستخدم أحيانا اختبارات الشخصية الشاملة . ويمكن بقصد التقويم استخدام المقابلات والمحاكاة وتقارير الواجبات المنزلية قبل وخلال وبعد التدريب . وفيما يلى مثال يقدمه هولاندر وكازاوكا (٨ ، ص ٢٩٤) لما يدور فى الجلسة الأولى من برنامج للنمو الشخصى أكثر من أن يكون برنامجا للعلاج ، ويستمر تسعة أسابيع :

تبدأ الجلسة بمحاضرة يقدم فيها عرض سريع لما سوف يحدث فى الجلسات التسع مع التركيز على التمارين والطبيعة العامة لإعادة البناء المعرفى والممارسة السلوكية . ثم يقدم تعريف واضح لمعنى السلوك التأكيدى مقابل السلوك غير التأكيدى والعدوانى ، وتقدم بعض

تعميمات عن التوقعات المعقولة نتيجة البرنامج . ويستغرق ذلك حوالى عشر دقائق ثم ينخرط المشاركون فى تمارين تشمل : (١) تقديم كل شخص لنفسه ؛ (٢) يتحدث كل شخص لمدة دقيقة ونصف عن موضوع سخيف أو تافه ؛ (٣) تمرين ثنائيات : نعم – لا . يطلب من كل فرد فى الثنائى أن يقول نعم ولا للفرد الآخر بحيث يتساوى فى ارتفاع الصوت مع زميله ويغير هذا الارتفاع من موقف لآخر ؛ (٤) تقديم وتلقى التحية – يقدم كل شخص تحية صادقة لشخص آخر فى الجماعة ويعبر عن الطريقة التى وجد بها استجابة الشخص الآخر لتحيته سارة ؛ (٥) المحادثات الاجتماعية . يطلب من المجموعات الثنائية أن تنخرط فى محادثات اجتماعية تركز على ثلاثة مكونات : توجيه أسئلة مفتوحة النهاية ، الاستجابة لمعلومات تقدم تلقائيا ، وإعادة الصياغة . (٦) يعبر كل شخص عن شيء يطلبه من الجماعة وتستجيب الجماعة لطلبه دون مناقشة (تمرين السياط) . ثم تنتهى الجلسة بإعطاء واجبات منزلية عن كل تمرين من التمارين السابقة ، فيطلب مثلا من كل فرد أن يقدم نفسه ثلاث مرات خلال الاسبوع ، وأن يعبر عما أعجبه فى ذلك دون أن يقيم ما حدث نتيجة له ، فذلك سوف يأتى دوره لاحقا ؛ ملاحظة كيف يقدم الآخرون أنفسهم للأغراب ؛ تقديم طلب من شخص آخر بأن يعيد ذكر اسمه بعد تقديمه وتقييم درجة التأكيدية فى ذلك ، وهل كان عصبيا ، ولماذا ؟ وتقدم هذه التمارين فى ضوء مكتوبة محددة .

ويستمر تطبيق تمرينات أخرى محددة البنيان فى الجلسات الثانية حتى الخامسة لتعليم مهارات التأكيد ، ثم يبدأ الأعضاء فى الجلسة الخامسة تحديد تمارين تستجيب لحاجاتهم الفريدة وتطبق فى الجلسات حتى الجلسة التاسعة والأخيرة . وتستمر كل جلسة ساعتين ، وتعقد مرة فى الأسبوع ، والأفضل أن تتكون من أفراد من نفس الجنس ومن أعمار متقاربة ومستويات متقاربة فى التأكيد على الذات وفى الطابع العام للتأكيد . إلّا أنه يمكن تكوين جماعات مختلطة من الجنسين بأعداد متساوية . ويتعين الحذر فى تكوين الجماعات من أفراد يختارون على

أساس المواقف التأكيدية ومعوقاتها والدافع إلى التغيير والإلتزام والاستعداد للكشف عن الذات والقدرة على الكلام فى جماعة ، وواقعية التوقعات والتحرر من تحقير الذات ومن الخبرات الأليمة السابقة فى جماعة ، الخ . ويقرر هولاندر وكازاوكا أن هناك من الأدلة ما يشير إلى أن برامج التأكيد على الذات بعامة فعالة ، إلّا أنه يتعين تحديد مستوى فعالية البرامج المتنوعة العديدة بصورة فارقة (٨ ، ص ٢٩٦) .

(ب) **التدريب على المهارات السلوكية لفئات خاصة** : مثل الآباء والمعلمين والممرضات وذلك بقصد تدريبهم على طرق تغيير سلوك من يتعاملون معهم مثل الطلبة والمرضى ، الخ . ومن أبرز الأمثلة على ذلك برنامج باترسون وزملائه لتدريب آباء الأطفال العدوانيين ، وبرنامج كوزلوف لتدريب آباء الأطفال المعوقين ، وبرنامج ميللر للأطفال الأقل عجزا (٨).

(ج) **جماعات التدريب على الاتصال وجماعات التدريب على مهارات الحياة اليومية** : ومن هذه البرامج ما ينطبق على تدريب العائلة على الاتصال ، ومنها ما ينطبق على زوجين . وتهدف هذه البرامج إلى تعليم الاطار النظرى والمفاهيم وطرق التقويم وتمارين على الاتصال . أما برامج التدريب على مهارات الحياة اليومية فمن أهمها البرنامج الذى أعده بيكر وزملاؤه فى هارفارد للأشخاص المعوقين إرتقائيا .

(د) **جماعات التدريب الشامل على المهارات** : وهى برامج موجهة إلى المرضى السيكياتريين من المزمنين غالبا ، ومن أمثلتها برنامج مركز تدريب المجتمع فى مستشفى باللوآلتو السيكياترى (فى كاليفورنيا) ويقدم برنامجاً تربوياً سلوكياً اجتماعياً لإعادة تأهيل المرضى السيكياتريين للحياة فى المجتمع . وهو يقوم على أساس نموذج تربوى من فصول تعلم فيها مختلف المهارات الضرورية للتعامل الناجح فى المجتمع ومنها : المهارات المعرفية والبينشخصية (الاتصال الاجتماعى ، التفكير ، حل المشكلات) ؛ مهارات الحياة فى المجتمع (التفاعل فى المجتمع ، إدارة الأموال ، قيادة السيارة ، استخدام التليفون) ؛ مهارات الصحة

(الاسترخاء ، التمرينات ، التطبيب الذاتى) ؛ مهارات اجتماعية (فصول فى الضحك ، العادات الاجتماعية ، الأحداث المعاصرة . الخ ..) ؛ متنوعات (المواد الأكاديمية ، برنامج خاص قبل مغادرة المستشفى يسمى « سمنار الخريجين » وذلك لمراجعة مازال ينقص الفرد من مهارات وتزويده بها) .

(٢) جماعات الضبط الذاتى : **Self Control Groups** وهدفها المحدد هو تزويد الفرد بمجموعة من المهارات تمكنه من التحكم فى السلوك السلبى ولتعديله مثل التحكم فى القلق والغضب والألم ، ومهارات الدراسة وجماعات العجز الوظيفى الجنسى ، والقلق المرتبط بدراسة الرياضيات ؛ وتعاطى المخدرات والكحوليات ؛ والتحكم فى الوزن والتدخين ؛ وجماعات طراز الحياة . وتتبع معظم هذه الجماعات منهج الاشراط الإجرائى ، إلّا أن عددا متزايدا بدأ حديثا يهتم بالاستراتيجيات المعرفية التى تمثل انحرافا عن منهج الإشراط الإجرائى . وتتميز الجماعات القائمة على قواعد الإشراط الإجرائى بأنها تتمثل فى تعديل السلوك من خلال التحكم فى البيئة ، فتركز على المقدمات والعواقب المرتبطة بحدوث أو عدم حدوث السلوك . أى أن الهدف هو تعليم الفرد قواعد الإشراط الإجرائى للتحكم فى البيئة بقصد تعديل السلوك فى الوجهة المستهدفة . أما المنهج السلوكى الحديث فهو الذى يركز على الأحداث الداخلية فى العميل ، ومن أمثلتها **برامج تنمية مهارات مواجهة البيئة** والتى يصف ميشينباوم مكوناتها فيما يلى (فى ٨ ، ص ٣٠٠) :

(١) تعليم العميل دور المعرفيات فى الإسهام فى قيام المشكلة الحاضرة من خلال الحوار السقراطى والكشف الموجه عن الذات ؛ (٢) التدريب على التمييز والملاحظة النظامية للتعبيرات عن الذات وصور الذات ، وفى المراقبة الذاتية للسلوك اللاتواؤمى ، (٣) التدريب على أساسيات حل المشكلة (مثل : تعريف المشكلة توقع العواقب ، إرجاع الأثر التقويمى) ؛ (٤) نمذجة التعبيرات عن الذات والصور عن الذات المرتبطة بكل من المهارات الظاهرة والمعرفية ؛ (٥) نمذجة وممارسة وتشجيع التقويم الذاتى والايجابى ومهارات المجاراة والمواجهة ؛ (٦) استخدام مختلف إجراءات العلاج السلوكى مثل التدريب على

الاسترخاء ، والتدريب على تخيل المجاراة والمواجهة والتمرينات السلوكية ؛ (٧) تمرينات سلوكية حية تتزايد فى صعوبتها .

ومن أمثلة برامج الإشراط الإجرائى برنامج عيادة علاج اضطرابات الأكل فى جامعة ستانفورد ، وينفذ على فترتين على مدى ٢٠ أسبوعا ، وتتكون الجماعة من خليط من الأعمار من الجنسين وتضم من ٦ إلى ١٣ فردا ، وتجتمع مرة كل أسبوع لمدة ٩٠ دقيقة بقيادة فرد لا يتحتم أن يكون مهنيا متخصصا ، ويساعده شخص لوزن الأفراد ومراجعة الواجبات المنزلية ، ومن هذه الجلسات خمس تخصص للممارسة وللاحتفاظ بالمكاسب . ويتركز العمل على المشكلات التى تنشأ خلال الأسبوع نتيجة التمارين .

وفيما يلى وصف موجز للبرنامج : (١) يبدأ البرنامج بمقدمة فى الضبط السلوكى للوزن ومبادىء تعديل السلوك وعرض لفعاليات النصف الأول من البرنامج (عشرة أسابيع) ؛ (٢) العمل على إلغاء مهديات cues الأكل وتضييق مدى المنبهات مثل الأكل فى مكان واحد ، حذف الأنشطة الأخرى خلال الأكل ، إزالة مهديات الطعام من البيئة ، الخ .. (٣) تغيير فعل الأكل : الإبطاء فى الأكل عن طريق وضع معدات الأكل على المائدة بين كل خطوة وأخرى أثناء تناول الطعام ؛ (٤) التسلسل السلوكى والأنشطة البديلة أى تعويض الأنشطة البديلة لمقدمات السلوك ؛ (٥) تحليل السلوك ، إرجاع الأثر ، مقدمة فى حل المشكلة ، ممارسة كل ما سبق والمحافظة عليه مع وزن اختيارى مرة كل أسبوع فى العيادة ؛ (٦) تخطيط مسبق لمحتوى الوجبات للإقلال من الدافع إلى الأكل ؛ (٧) إزالة المهديات (الجزء الثانى) ؛ واستخدام الطاقة (الجزء الأول) : تضييق المنبهات المرتبطة بالطعام مثل ترك طعام على المائدة ؛ إلقاء البواقى بعيدا ؛ إزالة الأطباق من المائدة ؛ الخ ويسجل خط قاعدى للنشاط لمدة أسبوع من خلال « بيدومتر » ؛ (٨) استخدام الطاقة (الجزء الثانى) : الزيادة المنتظمة فى صرف الطاقة ؛ (٩) نصائح للتعامل مع الوجبات الصغيرة والأجازات والمواقف الاجتماعية وتحليل محتوى هذه الوجبات من السعرات ؛ (١٠) مساندة البيئة ، يطلب من العائلات حضور هذه الجلسة لمناقشة التفاعلات العائلية والحاجة إلى المساندة العائلية . وزن اختيارى مرة كل أسبوع فى العيادة ؛ (١١) التقدم وإرجاع الأثر ومراجعة للأسابيع العشرة السابقة ، (١٢) « الوجبة السلوكية »

مقدمة فى الرجيم الغذائى الذى أعده ستيوارت ودافيز ؛ (١٣) تعليم ذاتى ١ : الوعى بالحوار الداخلى . أسبوع خط الأساس لتمارين زيادة الوعى بالعمليات المعرفية ؛ (١٤) تعليم ذاتى ٢ : التدريب على تغيير الحوار الداخلى وأسس مكافأة الذات والحاجة إليها (١٥) تعليم ذاتى ٣ : صورة الذات بوصفها مفتاحا للمحافظة على المكاسب ، الحاجة إلى التغيير النظامى لهذه الصورة ؛ استخدام الثواب الذاتى لإحداث التغيير ، وزن اختيارى فى العيادة مرة كل أسبوع : (١٦) مراجعة وإعادة تنسيب وتعليم ذاتى سلبى . مقدمة فى التنسيب الإيجابى للجوع ، التنسيب الذاتى للشبع ، الحساسية المغطاة لمشكلات الطعام ؛ (١٧) التعاقد الإشراطى مع الذات : عقد اتفاقية مع الذات على أساس يومى مع تمارين يومية محددة الهدف والثواب ؛ (١٨) التعاقد الإشراطى مع الآخرين : أهداف بعيدة المدى ومكافآت وانشغال اجتماعى ؛ (١٩) مهديات اجتماعية إلى الأكل وكيفية تجنبها ، نسبة الجوع إلى مهديات خارجية والتعامل مع المواقف الاجتماعية بصورة مباشرة وبسلوك لا يرتبط بالطعام ؛ (٢٠) مراجعة نهائية ومناقشة للمحافظة على الكسب الناتج .

وهناك برامج متنوعة تركز على العلاج السلوكى المعرفى ونكتفى بالإشارة إلى البرنامج الذى أعده نوفاكو (٨ ، ص ٣٠٢) لمساعدة الأفراد فى التغلب على الغضب .

(٣) **جماعات العلاج السلوكى الشامل** : وهى تصلح لعلاج أى مشكلة بينشخصية فى طبيعتها ، ومنها مشكلات زيادة وزن الجسم ، التدخين ، الضغوط . ويهدف العلاج إلى تعديل كبير فى طراز الحياة وفى صورة الذات .. فمن خلال الخبرة الجماعية لا يعالج فرد مثلا فقط من خوفه من النوم بمفرده فى غرفة بمنزل والديه ، ولكنه قد ينتقل إلى الحياة بمفرده فى منزل مستقل ويسعى إلى الحصول على عمل . والشخص الذى لا يستطيع أن يتحمل مسئوليات عمله قد لا يكفى أن يكون أكثر انضباطا فى العمل ولكنه يسعى إلى أهداف أعلى ، فيقيم علاقات حميمة مع أفراد من الجنسين ، ويستطيع العيش بمفرده وينمى عددا من الهوايات يستمتع بها دون شعور بالذنب . وقد تقدير هولاندر وكازاوكى ، هناك ثلاث فئات من جماعات التركيز على المشكلات : (أ) الجماعة المختلطة التى يكون فيها التركيز على المشكلات الفردية التى قد لا تكون

مشتركة بين أعضاء الجماعة الآخرين ؛ (ب) جماعة موقفية يواجه فيها الأعضاء صعوبة مشتركة بطرقهم الخاصة كما يحدث مثلا فى جماعة من الآباء والأمهات الأرامل أو المطلقين ، (ج) جماعة ارتقائية يواجه أعضاؤها صعوبات مشتركة بسبب التشابه فى العمر أو فى مرحلة الحياة مثل المراهقين أو جماعات كبار السن . ولا تصنف المشكلات إلى فئات تشخيصية مثل العصاب والذهان واضطراب الخلق ولكن يكون السلوك الذى أدى إلى هذا العنوان هو محور التدخلات الجماعية . وتؤدى المشكلات السلوكية على مستوى العلاقات إلى أهداف مثل : الشعور بالأمن ، إنقاص الاعتماد على الآخرين ، إظهار عاطفة صادقة ، الابقاء على علاقة ، إزالة القلق الاجتماعى وانفجارات الغضب والاكتئاب . ولا يقبل فى هذه الجماعات من تحول مشكلاتهم دون عمل الجماعة مثل حالات الاغتصاب والحالات المحالة جبريا .

تحديد خط الأساس والتقويم : تقام خطوط الأساس بعد التعرف على المشكلات من خلال المناقشات وقوائم الشطب والملاحظة الذاتية ، أى يسجل تواتر وشدة ودوام المشكلة المحددة على أساس يومى لمدة تتراوح من أسبوع إلى ثلاثة أسابيع ، وكذلك يسجل التقدم أسبوعيا فى رسوم بيانية على أساس نتائج الواجبات المنزلية . ومن المهم أيضا تقدير توقعات العملاء لمقارنتها بما تحقق من أهداف ، وهل يرون أن مشكلاتهم يمكن حلها من خلال الجماعة ، وهل يتوقعون ويقبلون مشاركة الآخرين فى مشكلاتهم والقيام بواجباتهم المنزلية ومساعدة الآخرين ومحاولة تجريب طرق جديدة للسلوك فى الجماعة . وكذلك يقيم ما إذا كانت الأهداف قد صيغت بصورة جيدة ، وذلك على أساس من يتغير وما هى جوانب السلوك المطلوب تغييرها وتحت أى الظروف والزمن اللازم للتغيير وكيف يعرف الفرد ما إذا كان هدف قد تحقق ، الخ . وقد اقترح آرنولدلازاروس إطارا للمشكلة السلوكية أسماه BASIC ID يقوم على أساس سبعة مجالات يوردهما هولاندر وكازاوكى مع مثال من حالة فرد يخشى قيادة سيارة بمفرده بعد حادثة سيارة :

السلوك :	Behavior (B)	تجنب القيادة منفردا ، يشجع الآخرين على نقله للأماكن .
الوجدان :	Affect (A)	قلق عام بشأن السيارات ، قلق حاد

		حين يكون وحيدا فى سيارة ، الاكتئاب للعجز عن التغير .
الإحساس :	Sensation (S)	توتر فى المعدة وهو فى السيارة ودوخة .
التخيل :	Imagery (I)	يتذكر الحادث تماما . يتخيل صورا مخيفة لإصابته أو موته إذا قاد السيارة منفردا .
المعرفة :	Cognition (C)	يعتقد أنه عاجز ، يعتقد أن قيادة السيارة تحمل إمكانية وقوع كارثة .
بينشخصى :	Interpersonal (I)	الكثيرون ممن لم يرتبط بهم فى السابق ارتباطا كبيرا يقودون سيارته له .
العقاقير :	Drugs (D)	تعاطى مهدئات ، تناول جرعة من الويسكى قبل ركوب السيارة .

العلاج : يغلب أن يكون العلاج السلوكى الجماعى توفيقيا تستعار فيه أساليب كثيرة من المدارس الأخرى . وتشمل هذه الأساليب السيكودراما ، تمارين الوعى الجشتاليتية ، تحليل الطرح ، التأمل ، التحليل العبر – تفاعلى الخ .. وذلك بعد ربطها بمشكلات بينشخصية ملحوظة ومحددة . ويتقدم العلاج السلوكى الشامل فى مراحل غير شكلية تبدأ بالتعارف بين القائد والأعضاء وتقديم كل عضو لنفسه ، ومعرفته بأسماء الآخرين . ويقدم كل منهم تعريفا بخبراته قبل انضمامه للجماعة ويشارك فى تمارين الاسترخاء ويتعلم الكشف عن الذات ، واحترام طراز حياة الآخرين واعتقاداتهم ، وأن يعطى وأن يقبل النقد البناء والثناء .. ويحدد قائد الجماعة خبرات معينة وخطوطا للسلوك ويؤكد على ضرورة أن يقوم العضو بشىء ليغير نفسه وحياته وألا يتوقع أن يؤدى الفهم الفكرى الأكبر أو الشعور الأطيب إلى تغيير آلى دون جهد . ويؤكد على قيمة التعاون وأن كل فرد يستطيع أن يقدم شيئا للجماعة ، فى الوقت الذى يؤكد فيه على المحافظة على السرية ، وعدم مناقشة استجابات خارج الجماعة يكون الفرد غير مستعد لمناقشتها داخلها ، والنقد البناء الموجه إلى ما يفعله الشخص وليس إلى الشخص .

ثم تبدأ فى المرحلة الثانية أعمال التشخيص والتقويم الجماعى . فمثلا فى الطريقة المتعددة التى يتبعها لازاروس ، يعد بروفيل BASIC ID (الذى عرضناه فى فقرة سابقة) لكل عضو ، وتحدد واجبات منزلية تشمل ملاحظات ذاتية وتسجيلات لخطوط الأساس . وفى المرحلة الثالثة وهى مرحلة العلاج ، تطبق الأساليب السلوكية على الأفراد فى الجماعة وعلى الجماعة ككل . وبعض هذه الأساليب يتولى القائد توجيهها مثل تعليم الاسترخاء والتأكيد على الذات والانصات والصور الموجهة للتحكم فى الغضب والخوف والشعور بالذنب . بينما يقدم القائد تمارين أخرى يمثل لها ويترك لأعضاء الجماعة إدارتها ومنها : مقايضة التعاون ، أى تبادل الخبرة والمهارة للتغلب على النقص فيهما عن طريق تبادلهما مع الآخرين ؛ إرجاع الأثر ؛ بناء وتشجيع ونمذجة الأدوار فى التدريب على تأكيد الذات . ومن المهم فى هذه المرحلة العمل على ضمان الاستمرارية فى بعض القضايا الفردية (مثل الحصول على عمل جديد أو الإقلال من الاعتماد على الآخرين) أو جماعية (مثل التماسك وتعلم عدم الاعتماد كلية على القائد) وكذلك تجرى مراجعات وتسجيلات للتقدم العلاجى . وقد تمارس فى الجلسة الواحدة عدة أساليب مثل تمارين الاسترخاء ، والتوضيح لعميل الخطأ فى إدراكه للعلاقة بين الجنسين ، أو تعلم عضو لأسلوب « الانفجار » (blow up) وفيه يتخيل العواقب السخيفة المضحكة إذا لم يقم بالتأكد عدة مرات من قفل محبس الغاز ، أو لعب دور لوالدى عضوة فى الجماعة على أن تقوم هى بدورها الحقيقى ، الخ .. ويناقش الكل استراتيجيات تكوين الصداقات ويعطى كل فرد واجبا منزليا فى مجالات الصداقة الخ .. وفى المرحلة الختامية تراجع كل الاستراتيجيات المستخدمة لإحداث تغييرات ولإعداد خطط ذاتية الدفع للتأكد من استخدام الاستراتيجيات مستقبلا عند انفضاض الجماعة .

التطبيق : يراعى فى اختيار الأعضاء عدم التجانس قدر الإمكان من حيث العمر والجنس ومدى خبرات الحياة والمشكلات وذلك ليتقارب تكوين الجماعة مع واقع الحياة . ويغلب أن يقود الجماعة ذكر وأنثى لنمذجة التعاون على أساس المساواة ولتقديم إرجاع أثر وتدعيم اجتماعى مضاعف للجماعة .

وتنظم حجرة الاجتماعات بحيث تبعد عن الشكل الرسمى من مكاتب وأرفف وملفات . ويجب أن تكون الكراسى مريحة ومتساوية وسهلة التحريك وأن تكون

الأرضية مكسوة ويتناثر بها عدد من الوسائد لتدريبات الاسترخاء وأن تكون الحوائط مانعة لتسرب الصوت وأن تعلق بالحوائط صور تضفى الطابع الشخصى وأن يجلس الأعضاء فى دائرة ، كما يفضل أن يكون قريبا منها تسهيلات لتناول الشاى أو المرطبات والأطعمة الخفيفة . ويتراوح عادة حجم الجماعة من ٦ إلى ١٢ فردا وذلك تيسيرا للتعامل ولتعدد النماذج بقدر معقول . وتجتمع الجماعة عادة مرة فى الأسبوع لمدة تتراوح من ساعة ونصف إلى ساعتين ، ولا تشجع جلسات « الماراثون » بل يفضل التعلم المنتظم خطوة خطوة والممارسة والتغير ، ويتطلب كل ذلك وقتا ، وتستمر الجماعة عادة لمدد تتراوح من ٨ شهور إلى سنة ولكنها قد تمتد إلى أكثر من ذلك . وفى هذه الحالة يغلب أن تكون الجماعة مفتوحة النهاية تتجدد عضويتها كلما كان ذلك مناسبا .

ويشجع استخدام أشرطة الفيديو لتقديم إرجاع أثر موضوعى عن الأحداث اللفظية وغير اللفظية التى تقع بين الأفراد فى جماعة ، واستجاباتهم لتوصيات قائد الجماعة فى تمارين مثل التحدث بصوت أعلى ، التدرب على مقابلة سعيا وراء عمل ، تقديم نقد بناء لعضو آخر . ويحاول العضو تحسين سلوكه ، وقد يزداد وعيه بطريقة جلوسه وملامح وجهه وطرازه فى الاتصال وأنماطه فى الدفاع – التجنب وقد يشاهد العضو تسجيلا سابقا للمقارنة ولرصد التقدم أو مدى الوفاء بالوعود ومدى التغير فى مركز اهتمام الجماعة ، ويتعين الحصول على إذن كل أعضاء الجماعة قبل التسجيل بشريط الفيديو كما يتعين التفكير فيمن يقوم بالتسجيل سواء كان من خارج الجماعة أو من أعضائها بالتناوب .

ومن الأفضل أن يكون قائد الجماعة مؤهلا ومرخصا له بممارسة العلاج السلوكى طبقا للنظم المرعية فى مقر العمل . ومن المتوقع أن يكون ممن يحملون درجة عليا فى علم النفس أو الطب النفسى . ويوصى بأن يكمل المعالج برنامجا تدريبيا لمدة عامين فى مركز للعلاج النفسى السلوكى حيث ينخرط فى حلقات بحث وورش عمل وتدريب عمل تحت إشراف ، مع أفراد فى مختلف أنواع الجماعات . وبالطبع يلتزم دائما بالميثاق الخلقى المعمول به فى مقر العمل وفى الجماعة المهنية التى ينتمى إليها .

البحوث وجوانب القوة والضعف : يقرر هولاندر وكازاوكى أن العلاج السلوكى الجماعى قد رسخت أقدامه ، وأنه قد صدر عدد كبير من التقارير عن

البحوث فى هذا الموضوع وبخاصة فى الدور الذى يقوم به الأفراد فى العلاج الجماعى ؛ وفى مدى تعميم نتائج العلاج والمحافظة على مكاسبه . ويتميز العلاج السلوكى الجماعى فى تقديرهما (٨ ، ص ٣١٦) بالمدى الواسع من المجالات التى يتصدى لها فشملت هذه المجالات : السمنة المفرطة ، الاجهاد الإدارى ، العصاب ، الكحولية ، التخلف العقلى ، الانحرافات الجنسية ، الخجل ، التدخين ، العجز الارتقائى ، القلق المرتبط بالرياضيات ، الألم ، العائلة ، الحياة الزواجية ، مهارات الدراسة ، الخ . كما يمتاز هذا النوع من العلاج باستخدام الجماعات فى الضبط الذاتى والتدريب على المهارات مما يقرب من أن يكون عملا تعليميا ، وبذلك يشمل مدى أكبر من الأفراد الذين لا يحتاجون إلى علاج نفسى متعمق مما يشجع من يخشون العلاج على الالتحاق بجماعات العلاج تمهيدا للانخراط فى جماعات العلاج الشامل . وتمتاز الجماعة السلوكية أيضا بأنه تقل فيها فرص الاعتماد على المعالج حيث يعامل الكل بوصفهم راشدين وأن يكونوا نماذج يوجهون ويمارسون . ودور القائد هو جزئيا مدرب ومعلم مهارات . كما تمتاز الجماعة بالمرونة فى البرامج العلاجية وتنوعها لتناسب حاجات الأفراد وبأنها اقتصادية فى الوقت والتكلفة ، وبالتزامها بالبحث والمسئولية والتأكد من صدق الأساليب وفعاليتها بناء على اختبارات مقننة وملاحظات وليس فقط بناء على تقارير انطباعية . إلّا أن العلاج السلوكى الجماعى ينقصه فى تقدير هولاندر وكازاوكى وجود نظرية سلوكية موحدة للعملية الجماعية لترشد قائد الجماعة فى تصميم العمل الجماعى وتوجهه . ويتطلب نجاح العلاج توفر الدافع لدى العميل وواقعية توقعاته ، كما أن حداثة العمل فى هذا النهج العلاجى تحرمه من الخبرات المستفيضة .

الفصل الثامن

التقارب بين
المناهج السلوكية والمناهج المعرفية

مقدمة :

رأينا فى عرضنا للمناهج السلوكية أن السلوكيين الأوائل يؤمنون بأن ما يمكن ملاحظته من السلوك وعواقبه الملحوظة هو فقط ما يدرس . وهم ينظرون أحيانا إلى الشخص كما لو كان « الصندوق الأسود » إذ تهمهم فقط العلاقة بين المدخلات والمخرجات وليس ما يجرى داخل الصندوق . وعلى العكس منهم المعرفيون ، إذ يهمهم ما يجرى داخل الشخص ، فيستخدمون مفاهيم مثل الإدراك والانتباه والتهيؤ العقلى والتخيل ، وهم يوجهون انتباها أكثر للألفاظ واللغة ، ويرون كل السلوك بوصفه إشارات لنشاط مخى ، وبدلا من السلوك الظاهر ، يهتم المعرفيون بتشغيل المعلومات ودراسة الذاكرة وحل المشكلة والتنظيم الذاتى .

وقد بدأت فى السنين الأخيرة محاولات عديدة من جانب المحدثين للتقريب بين المناهج السلوكية والمناهج المعرفية بالرغم من معارضة الأوائل . ويلاحظ المعرفيون فى تعليقهم على منهج « التخلص التدريجى من الحساسية » أن أسلوب فولبى يعتمد على تخيل المواقف التى تستثير الخوف ، وهى عملية معرفية وليست سلوكا خارجيا ملحوظا . كما أن مفهوم سكينر فى « الإشراط الإجرائى » ترجع أهميته إلى أن معظم السلوك الصادر عن الناس يمكن النظر إليه بوصفه إجراءات بينما يكون عدد قليل نسبيا استجابات لإشراط كلاسيكى . ولذلك فإن ترتيب الظروف التى تلى السلوك يمكن أن يؤثر فى مجرى الكلام أو الابتسام أو العمل أو القراءة ، الخ .. ويرتبط تعريف المدعم بالفرد كمحور ، وليس بالملاحظ ، أى أن مدعما يزيد أو يحتفظ بمعدل سلوك معين من جانب فرد معين . فإذا لم يفعل ذلك فهو ليس مدعما لهذا الفرد فى هذا الموقف . ولا قيمة لما يعتقده الملاحظ عما يجب أن يكون مدعما لشخص ما. وهكذا ، فإن المدعم يختلف باختلاف الشخص والموقف .

وقد زاد عدد التدخلات السلوكية وزادت أنواعها زيادة كبيرة بين عامى ١٩٦٠ ، ١٩٧٠ وقد عرضنا العديد منها فى مناقشاتنا السابقة ومنها التمذجة ولعب الأدوار ونظم « الماركات الرمزية » والتدعيم المقنع ، والإثارة المقنعة للحساسية والتعلم الذاتى والعقاب الذاتى ووقف الأفكار ، الخ .. ويشير كل ذلك إلى أن السلوكيين لم يعودوا ينظرون إلى الإنسان بوصفه « صندوقا أسود » لأن كل هذه

العمليات تحدث داخل المخ . وكذلك ملاحظة السلوك فى التفاعل العائلى . وتعتمد الملاحظة على الإدراك والترميز وتصنيف الملاحظات إلى فئات ، وكلها عمليات تشتمل على تفكير وتذكر وإدراك واتخاذ قرار ، الخ . وكل هذه مفاهيم رئيسية فى علم النفس المعرفى .

وقد رأينا أنه قد برز فى السنين الأخيرة أسلوب إرجاع الأثر feedback ، وهو أسلوب رغم اعتماده على أجهزة كهربائية فسيولوجية ، إلّا أنه يؤكد على تحقيق ضبط إرادى يتفق مع متصد المريض . ولكى يمكن التمييز بين إرجاع الأثر بهذه الصورة وبين الإشراط الإجرائى ، فإن باحثين مثل بربرام يميزون بين الإشراط الإجرائى بوصفه طريقة لإرجاع الأثر لتحقيق تغيرات طبقا لمقاصد المعالج وبين إرجاع الأثر بوصفه ميكانيزم إرجاع أثر أمامى feed forward لتحقيق أهداف يقصدها المريض . وفى هذا المعنى يعتمد إرجاع الأثر على عمليات معرفية لتحقيق ضبط إرادى . وقد رأينا كيف بدأ المعالجون السلوكيون المعاصرون مثل باندورا يولون اهتماما أكبر بتوقعات المريض وخططه بوصفها مؤثرا فى تحقيق التغيرات المرغوبة . وحين تحدى فولبى الصياغات المعرفية فى العلاج ، قوبلت اعتراضاته برد عنيف من جانب الكثيرين مثل بيك وإليس ولازاروس . ومن مظاهر تأثير علم النفس المعرفى الاهتمام بإنشاء معامل بحوث فى التنويم المغناطيسى فى عدد من الجامعات الأمريكية ومنها ستانفورد وبنسلفانيا . ويتناول التنويم المغناطيسى بحكم تعريفه التغيرات فى الخبرة الشعورية والتفاعل بين عمليات الضبط الإرادية واللاإرادية .

ومن ناحية أخرى ، كان تأثير التحليل النفسى على علم النفس الإكلينيكى معرفيا بعامة ولكن بصورة جزئية . ويتمثل هذا التأثير فى العمليتين الفكريتين : الأولية والثانوية ، وهو تأكيد معرفى مباشر . إلّا أن محاولات بذلت فى ضوء روح العصر حينذاك لترجمة فكر التحليل النفسى وممارساته .. فى ضوء نظرية تعلم قائمة على الأسس التى قدمها هلّ فى نظريته ، ومنها مثلا محاولات دولارد وميللر التى سبق وأن عرضناها ، وكان الاتجاه المنافس المتمثل فى نظرية روجرز فى العلاج المتمركز — حول — العميل يعطى المبادرة للعميل ، وهو اتجاه يبدو أكثر معرفية فى منهجه .

المناهج المعرفية :

يتناول علم النفس المعرفى التفكير ويعترف صراحة بأن الكثير يدور فى عقل الإنسان ويسأل : ماذا ؟ وكيف ؟ ومتى ؟ بالنسبة لهذه العمليات . وهى أسئلة سيكولوجية منها مثلا : ما هى الأدلة cues التى يستخدمها الشخص أ لإدراك علاقة ؟ ما هى المدة التى يحتفظ الشخص ب فيها بموضوع معين تحت ظروف معينة ؟ كيف نعلم الطفل ج البحث عن حل لمشكلة يواجهها بدلا من الإسراع بالبكاء ؟ وقد بدأ عدد من السيكولوجيين يرون إمكانية التوصل إلى نموذج للإنسان يأخذ بالاعتبار تعقد الإنسان فكرا ومشاعر وسلوكا . وقدم نموذج الكمبيوتر أساسا ملائما للظواهر العقلية . كما أن فكرة البرمجة جعلت الفرضية أمرا عيانيا . وقد أشار التنظيم الهيراركى وإعادة التنظيم إلى طرق جديدة للنظر إلى التعلم وحل المشكلة . كما أن الدور المركزى الذى تلعبه فى كل جوانب الحياة الإنسانية قد تمثل بصورة درامية . وتطبق مفاهيم تشغيل المعلومات أيضا على وظائف المخ والإدراك والذاكرة واللغة والتعليم والارتقاء المعرفى وحل المشكلة واتخاذ القرار والتفاعل الاجتماعى والدافعية ، ذلك أن تشغيل المعلومات هو طريقة جديدة للنظر إلى النسق الكلى لوظائف الإنسان . وقد أسهمت أعمال بياجيه فى علم النفس الارتقائى فى ظهور « المعرفية » ، لأن طرقه قدمت أساليب لدراسة التفاعل بين الكائن والبيئة التى تؤثر فى ارتقائه الفكرى والخلقى والاجتماعى . وقد افترض بياجيه أبنية عقلية بوصفها طريقة لتنظيم الخبرة والسلوك . وقد نظر إلى الطفل فى ارتقائه بوصفه كائنا نشطا ، يسعى إلى المعلومات وتشغيلها بدلا من أن يكون سلبيا ومتلقيا لمدخلات البيئة . ويرى البعض أن الفيلسوف الإغريقى Epictetus كان أول من رأى أن الناس يفعلون ما يفعلون لا على أساس الحقائق ولكن على أساس ما يعتقدون أنه حقائق (١٨) ، وكذلك كان ألفرد آدلر يرى أن العلاج هو محاولة للكشف عن كيف يدرك الشخص العالم وكيف يخبره .

ويدرس المعرفيون الإدراك والتعلم والذاكرة واللغة والارتقاء والدافعية بوصفها مجالات هامة بالإضافة إلى طرز التفكير واستراتيجياته فمثلا ، فى الإدراك يتوقف ما نراه على خبراتنا وعلى معلوماتنا الحاضرة وعلى حالة الدافعية ، وليس على

مجرد الرؤية . وقد علمنّا الجشتاليتون الأوائل أننا يمكن أن نرى العنصر المركزى فى الصورة بوصفه شكلا والباق بوصفه أرضية وأن لدينا القدرة على تغيير الأرضية إلى شكل .

وحين تفشل العمليات الإدراكية المعقدة فى العمل بصورة جيدة ، تنشأ مشكلات خطيرة . فقد يدرك الشخص الأحداث العادية على أنها تهديد لحياته أو سبّا . وقد يدرك الأب القاسى السلوك العادى لطفله على أنه يهدف إلى إحداث المشاكل له . ويلجأ المعالج المعرفى إلى أسلوب علاجى هو « **إعادة التشكيل** » **Reframing** . وذلك لصياغة مدرك جديد من بيانات قديمة . فمثلا ، قد يقول للزوجة « إنك تثورين حينما يفعل زوجك ذلك ، ولكنه ربما يفعله لا لأنه عدوانى ولكن لأنه يهتم بك إلى حد كبير ، ولأن لديه حاجة حقيقية لك ، ولا يريد أن يظهر ضعفه » .

البنيان المعرفى وطرز التفكير : يحتل التفكير وعمليات الفكر مركز أساسيا فى النظريات المعرفية . ومن الواضح أن الأفكار لا تحدث عشوائيا . فلكل منا أفكاره الثابتة ومعلوماته المختزنة التى ترشد أو تحدد بنية تفكيرنا . ويعرف ميشينباوم البنيان المعرفى بالصورة التالية : « الجانب التنظيمى للتفكير والذى يبدو أنه ينظم ويوجه استراتيجية ومسار واختيار الأفكار ، فهو بمثابة « مُشغِّل تنفيذى » **executive processor** يمسك بمخطط التفكير ويحدد وقت مقاطعة أو تعديل أو استمرار الفكرة . ويتضمن البنيان المعرفى ما لا يتغير بتعلم كلمة جديدة ولكن ما يتغير بتعلم مهارة كلمة جديدة مثل مهارة الاستماع إلى الحوار الداخلى للشخص ذاته . والبنيان المعرفى بهذه الصورة هو مصدر كل النصوص **scripts** التى تستمد منها كل مثل هذه الحوارات » . وقد استخدمت لوصف الأبنية المعرفية كلمات متنوعة مثل **schema, image, belief, etc.** . فمثلا ، ينظر إليس إلى من يعانون من عصاب القلق على أنهم تبنوا معتقدا خاطئا ، غير منطقى مثل : « يجب أن أكون محبوبا ومقبولاً من الجميع ، فإذا لم يتحقق ذلك فإن الأمر يصبح تراجيديا مؤلمة وفظيعة » . وهو يعالج المريض عن طريق تعليمه كيف يحدد ويتحدى بإيجابية المعتقد اللاعقلانى وأن يستبدله بمعتقد عقلانى مثل : « سوف لا أشعر بالراحة والسرور إذا لم يحبنى ولكن هناك أشياء بناءة يمكننى القيام بها » .

ولم يظهر بعد تصنيف جيد لطرز التفكير ولكن ظهرت مفاهيم عديدة وهامة فيما يلي بعضها (١٨) :

(١) التفكير بطراز الوسيلة – الغاية : Means - end thinking وذلك حين يعمل الشخص لملء الخطوات الوسيطة المطلوبة للوصول إلى غاية معينة ، وهى مهارة متقدمة وهامة فى التخطيط واستخدام المصادر الشخصية .

(٢) التفكير بطراز الحل البديل : Alternative Solution Thinking وهو يشير إلى السلوك العقلى المولد لحلول بديلة عديدة لمشكلة واحدة . ويمتاز هذا الطراز بتوفيره بدائل عديدة للاختيار من بينها . وهو طراز يبدو أنه يرتبط من جانب الأطفال الصغار بالسلوك المقبول اجتماعيا .

(٣) التفكير بطراز العواقب : Consequential Thinking وهو طراز من التفكير يسمح للشخص بالتحرك إلى الأمام فى الوقت المناسب للتنبؤ بنتيجة أو عاقبة الفعل – فمثلا ، إذا استعان الأحداث الجانحون بهذا الطراز من التفكير فإنهم يكفون عن أفعالهم . ويبدو من المحتمل أن معظمهم لديهم هذه المهارات من التفكير ولكن قد لا تكون هذه المهارات وحدها هى المفتاح الوحيد للسلوك المقبول اجتماعيا .

(٤) مهارات التفكير العِلى : Causal Thinking Skills – وفيه يمكن أن تقدم إجابات عن أسئلة مثل : « لماذا فعلت ذلك ؟ » وهى مهارة وضح أنها لا ترتبط بالمهارات المقبولة اجتماعيا أو بالإقلال من السلوك العدوانى والاندفاعى من جانب الأطفال الصغار وذلك بالرغم من أن الوالدين لا يكفان عن توجيه مثل هذا السؤال حينما يصدر السلوك عن الطفل .

(٥) الاستقلال عن المجال مقابل الاعتماد على المجال : Field Independent Versus Field Dependent ينزع بعض الناس إلى أن يكونوا قادرين على التفكير تفكيرا جيدا بصرف النظر عن المجال أو المضمون – وهم يستخدمون المنطق استخداما جيدا . وقد يتجاهلون ما يحيط بهم . ولكن آخرين يعتمدون على المجال أو المضمون ، قد لا يكونون تحليليين بهذا القدر ولكن تهمهم الاعتبارات الاجتماعية ، وربما كان التأثير عليهم أكثر سهولة .

(٦) التقارب مقابل التباعد Convergent Versus Divergent يتطلب التفكير التقاربى الاستدلال الصحيح نحو الإجابة الصحيحة . فهو أكثر علمية ولكنه

أقل ابتكارية عن التفكير التباعدى ، وهو الذى ينتج أصالة وجدة وإمكانيات بديلة بسهولة أكبر .

(٧) التفصيل مقابل التركيز : Scanning Versus Focusing ، يتضمن التفكير التفصيلى تقويم كل التفاصيل بانتظام والانتقال من تفصيل إلى التفصيل الذى يليه ، بينما يتضمن التفكير التركيزى الانتباه بقدر أكبر لتلك التفاصيل التى يبدو أنها مركزية مع تجاهل التفاصيل الأخرى . والنوع الأول أبطأ فى أداء بعض المهام وأكثر وثوقا فى البعض الآخر .

(٨) التمركز – حول – الذات مقابل القيام بالدور : Egocentrism Versus Role Taking . تسمح مهارات القيام بالدور للشخص بأن يضع نفسه مكان الآخر . ولكن الشخص المتمركز – حول – ذاته يعجز عن تخيل وجهة نظر الآخرين أو مشكلتهم ، وهو سمة توصف بأنها مصاحبة للجناح وللسلوك المضاد للمجتمع .

وبينما ينظر السيكودناميون إلى الانفعالات بوصفها القضية السيكولوجية الأولى وإلى التفكير بوصفه عملية ثانوية ، نجد المعرفيين ينزعون إلى الاعتقاد بأن الانفعالات تتبع الفكر . فمثلا ، إذا كانت لدى الشخص فكرة خاطئة بأن شيئا فظيعا سوف يقع ، فإنه سوف يخبر قلقا أو اكتئابا حين يقع هذا الشيء ، وكذلك الشخص الذى يفشل فى تعلم الحل الجيد للمشكلات والتفكير بطراز الوسيلة – الغاية ، قد يحس بالنقص بالنسبة لمن تسمح لهم مهاراتهم بتجاوز الإحباطات والمرارة وعدم الشعور بالأمن والعلاقات البينشخصية غير المشبعة :

السلوكية المعرفية : Cognitive Behaviorism

رغم أن التقارب بين المناهج السلوكية والمعرفية لم يحدث نتيجة اكتشافات مفاجئة ، إلّا أنه يبدو أنه حدث نتيجة اعتراف السلوكيين بإنهم يتعاملون فعلا مع عمليات معرفية داخلية مثل الأفكار والإدراكات والحديث الداخلى . إلّا أن معالم بارزة قد أفسحت الطريق أيضا أمام هذا التقارب ، ومنها توسع باندورا فى مجال تعديل السلوك ليشمل الاهتمام بالنمذجة والتعلم عن طريق الملاحظة . كما أنه هو وكانفر وجولدستين اتخذوا خطوة واضحة نحو الاعتراف بالعمليات الداخلية حين بدأوا تركيز اهتمامهم على التنظيم الذاتى والضبط الذاتى . وكان كوتيلا قد اعترف

بالأحداث الداخلية فى أسلوبه « الإشراط النمطى أو المقنع » أى استخدام أسس الإشراط للتأثير فى حدوث الأفكار والاستجابات التى أسماها « أحداثا مغطاة » أو غير ظاهرة . وقد توالت ترجمة الإجراءات السلوكية فى ضوء أسس معرفية حتى أوائل الثمانينات حين أصبحت السلوكية المعرفية النغمة السائدة . وقد ساعد على ذلك الانتشار أيضا أن هذا المزج أسهم فى مجابهة اتهامات أطباء النفس ومعظمهم من المحللين النفسيين وغيرهم للسلوكية بأنها لا إنسانية وبأنها مدعية للعلم فى الوقت الذى تجاهلوا فيه ما حققته السلوكية من انجازات فعلية قابلة للحساب وللرصد فى مجال العلاج . وكان البعض قد بدأوا يتحدثون عن حقوق المريض والتفكير فى إتخاذ إجراءات قانونية ضد المعالجين السلوكيين . وفى ضوء التقارب ، أمكن للسلوكيين المعرفيين التحدث بلغة مقبولة إنسانيا وعن ظواهر أقرب إلى القبول من السلوكية المجردة . كما أن ما تجمع من رصيد لدى المعرفيين عن العمليات الإدراكية وطرز التفكير وتشغيل المعلومات يمكن استخدامه بصورة أحسن ، وإخضاعه للفحص الكمى والملاحظة عما كان عليه الحال مع السلوكيين . وكذلك ، فإن الكشوف الجديدة فى مجال النيوروسيكولوجى تبشر بإمكان تبادلها للدعم مع المنهج المعرفى – السلوكى .

والخلاصة أن كل التدخلات العلاجية تتضمن بعض عمليات معرفية ، ولكن بعض الإجراءات توجه بخاصة إلى إحداث تعديلات فى معرفيات لا تواؤمية محددة ، وتكون هذه الإجراءات ما يعرف بالعلاج السلوكى المعرفى أو باختصار العلاج المعرفى ، وهو يعرف بإنه منهج علاجى يحاول تعديل السلوك الظاهر من خلال التأثير فى عمليات التفكير لدى العميل . وتتمثل أساليبه العديدة فى : التدريب على مهارات المواجهة ، التحكم فى القلق ، التحصين ضد الضغوط ، أسلوب صورة الذات المثالية العلاج من خلال **خطأ التنسيب Misattribution** ، التدريب على حل المشكلة ، التدريب على التعليم الذاتى ، وقف الأفكار ، أسلوب بيك المعرفى فى علاج الاكتئاب والقلق ، الخ . (٤ ، ص ٣٨٧) .

والعلاج السلوكى – المعرفى حديث نسبيا بدأ فى السبعينات ، بل لم تظهر بحوث فيه قبل عام ١٩٧٠ ، إلّا أن هناك اليوم على الأقل مجلة واحدة مخصصة كلية للعلاج المعرفى هى **Cognitive Therapy and Research** بالإضافة إلى العديد

من التقارير عن البحوث ، ولكن بينما اتسع الاهتمام بالبحث الإكلينيكي فى العلاج المعرفى بين أنصار التعلم الاجتماعي فى السبعينات ، فإن تغيير الأفكار اللاتواؤمية للعملاء كان موضع الاهتمام المركزى لعدد من المعالجين منذ عقود ، ولعل أشهرهم فى مرحلة ما قبل السبعينات (غير آدلر) هو آلبرت إليس مؤسس مدرسة العلاج العقلانى – الانفعالى – وفى الكتابات الحديثة يؤكد إليس (٦ ، ص ١٧٥) على التشابه بين مدرسته وبين صور العلاج السلوكى المعرفية التوجه . وفى الحقيقة فإن العلاج العقلانى – الانفعالى والعلاج السلوكى فى منظوره العريض هما نفس الشيء تقريبا (٦ ، ص ١٧٥) .

وقد ظهرت أنواع وطرز مختلفة من العلاج المعرفى – السلوكى يلخصها ماهونى وأرنكوف فيما يلى : (١١ ، ص ٢٨٥) :

(١) يطور الإنسان السلوك التواؤمى أو اللاتواؤمى والأنماط الوجدانية من خلال عمليات معرفية مثل الانتباه الإدراكى ، التصنيف الرمزى ، الخ .

(٢) تنشط العمليات المعرفية وظيفيا من خلال إجراءات مشابهة فى الشكل بعامة مع الإجراءات المعملية فى التعلم الإنسانى .

(٣) يترتب على ذلك أن مهمة المعالج هى التشخيص والتربية فهو يقيم العمليات المعرفية اللاتواؤمية ، ومن ثم ينظم خبرات التعلم التى سوف تغير المعرفيات ، ومن ثم أنماط السلوك – الوجدان التى ترتبط بها .

ويرى ماهونى وآرنكوف (١١) أن هناك على ما يبدو ثلاث صور رئيسية من العلاج المعرفى – السلوكى هى : (١) العلاج العقلانى rational ؛ (٢) العلاج الذى يتناول تحسين مهارات التعامل والمواجهة coping-skills therapies ؛ والعلاج من خلال حل المشكلة problem - solving therapies . ويؤكد النوعان الأخيران على الطرق الدقيقة المفصلة لتعلم مهارات المواءمة والتأكيد وتوسيع القدرة على حل المشكلة . وسوف نعرض لبعض الخبرات فيها بإيجاز .

التدريب على المهارة : من أوجه النقد الشائعة للمنهج السلوكى القائم على التدعيم هو أنه يجعل الناس معتمدين بدرجة زائدة على البيئة . فإذا لم تقدم الدعم فإن العلاج قد لا يجدى . ولذلك اتجهت جهود المعالجين ومنهم ميشينباوم إلى دراسة التدريب على التعلم الذاتى ، وبخاصة تعليم الأطفال مفرطى النشاط hyper active

طريقة تعليم أنفسهم السلوك الفعال والمناسب فى حجرة الفصل المدرسى . وقد سبق أن ناقشنا موضوع الضبط الذاتى : إلّا أن إحدى وجهات النظر إليه تتمثل فى أننا نتعلم أولا « التحدث مع أنفسنا » عن موقف ، ربما بغير صوت عالٍ ، ولكن على الأقل فى كلمات . ثم بعد ذلك عن طريق المران يصبح الكثير من المكونات أوتوماتيكيا إلّا أنه بالنسبة للأطفال الصغار العدوانيين ، فإن بحوثا كثيرة تشير إلى أن الحديث الداخلى لا يعمل ، أو لا يؤدى إلى عواقب أو لا دلالة له . وقد انتقى ميشينباوم مهام متنوعة تتراوح من قدرات حسية – حركية إلى حل مشكلة معقدة واستخدم التعاقب التالى : (١) نموذج راشد يؤدى عملا بينما يتحدث مع نفسه بصوت عالٍ (النمذجة المعرفية) ؛ (٢) يؤدى الطفل العمل نفسه بإشراف وتوجيه تعليمات النموذج (توجيه خارجى ظاهر) ؛ (٣) يؤدى الطفل العمل بينما يوجه التعليمات إلى نفسه بصوت عال (توجيه ذاتى ظاهر) ؛ (٤) يهمس الطفل بالتعليمات إلى نفسه بينما يتقدم فى العمل (توجيه ذاتى ظاهر يذبل تدريجيا) ؛ وأخيرا ، (٥) يؤدى الطفل العمل بينما يوجه أداءه من خلال الحديث الخاص (تعليم ذاتى داخلى) .

حل المشكلة : وتبرز فى هذا المجال بحوث سبيفال وشور وزملائهما ، وما يرتبط بها من ممارسات سواء فى العلاج السلوكى – المعرفى أو فى الأساليب الوقائية التى تشمل الوالدين . وقد أظهرت هذه البحوث أن المستويات التى يكتسبها الأطفال فى مهارات حل المشكلات المعرفية البينشخصية هى أحسن منبىء عن سلوك الأولاد والبنات فى المدرسة . وقد صمم هؤلاء الباحثين برنامجا لتعليم هذه المهارات للدارسين ولآباء وأمهات الأطفال من خلال الألعاب والتمارين التى تهدف إلى تنمية مكونين حاسمين من هذه المهارات هما : التفكير من خلال الحلول البديلة (القدرة على تقديم مدى واسع من الحلول البديلة الممكنة لمشكلة) ؛ والتفكير من خلال العواقب (القدرة على استباق ما قد يحدث إذا نفذ حل معين) . ويتضمن البرنامج :

أولاً : تعلم بعض المفاهيم المتطلبة الأساسية مثل : مشابه – مختلف ؛ إذا ؛ وحينئذ ؛ لماذا ؟ لأن ؛ العدالة ؛ التفضيلات الفردية وبعض أسماء للظروف الشائعة .

ثانياً : تنظم مواقف للألعاب والمباريات بحيث تستثير من الطفل (لا أن تعطى الطفل) حلولا بديلة ، والمزاوجة بين الحلول وعواقبها . ولا تضفى قيمة على نوعية

ما ينتجه الطفل لأن البحوث أظهرت أن عدد الحلول البديلة ولبس نوعيتها هو المتغير الفعال .

ويطلق مصطلح **المحاورة Dialoging** على النشاط الأساسى للمدرسين وللوالدين لتحقيق أهداف حل المشكلة المعرفى – البينشخصى inter-personal cognitive problem-solving (ICPS) فمثلا ، تتضمن المحاورة حول المشكلات البينشخصية :

(١) توضيح المشكلة لكل من الراشد والطفل .
(٢) ملاحظة أن المشكلة المقدمة قد تكون محاولة الطفل لحل مشكلة أسبق .
(٣) استثارة وتشجيع حل المشكلة من قبل الطفل وليس من قبل الراشدين أو من خلال اقتراحاتهم .
(٤) التركيز على كيف يفكر الطفل وليس على الحل المعين الذى ينتجه ذلك أنه حتى الثناء على حل قد يكف انتاج حلول أخرى .

ولكى يظل الوالدان يعملان للمساعدة على تنمية التفكير ، يقدم سبيفاك وشور تعليمات على النحو التالى :

(١) استثارة نظرة الطفل إلى المشكلة بطريقة تخلو من توجيه الاتهام .
(٢) السؤال بصورة فكرية عن السبب فيما فعله الطفل .
(٣) توجيه الطفل إلى الحديث عن مشاعره وعما يعتقده عن مشاعر الآخرين .
(٤) السؤال عن كيف يمكن للطفل أن يكتشف مشاعره ومشاعر الآخرين .
(٥) سؤال الطفل عن فكرته عن طريقة حل المشكلة « ماذا يمكن أن تفعل إذا أردته أن يفعل ذلك ؟ » .
(٦) سؤال الطفل عما يعتقد أنه قد يحدث بعد ذلك « إذا فعلت ذلك فماذا يمكن أن يحدث بعد ذلك ؟ » .
(٧) توجيه الطفل إلى تقويم ما إذا كانت فكرته جيدة أم لا . مثلا : « هل رد الضربة بضربة فكرة جيدة ؟ » « هل تحطيم اللعبة فكرة جيدة ؟ » .
(٨) تشجيع الطفل على التفكير فى حلول مختلفة : « هل هناك طريقة أخرى ؟ » .

ويمثل حل المشكلة البينشخصية – المعرفية مثالا طيبا لتقدم حقيقى باستخدام المفاهيم الارتقائية والمعرفية .

إلّا أن الباحثين يختلفون بدرجات متفاوتة فى نظرتهم إلى **العلاقة بين المناهج السلوكية والمناهج المعرفية** . فبالإضافة إلى ما سبق عرضه من وجهات نظر ، سوف نكتفى بعرض **وجهة نظر مكيولاس** (١٣) ، وهو يقدمها على النحو التالى :

نظراً لأن المعرفيات هى أحداث داخلية فإنها تكون أقل من السلوك الظاهر قابلية للقياس والدراسة ، ويتعين دراستها بصورة غير مباشرة من خلال السلوك الظاهر للفرد . فنحن لا نعرف بعامة ما يفكر فيه الناس إلّا من خلال سلوك مثل ما يقولون أنهم يفكرون فيه . وهكذا فنحن نتعامل دائما مع سلوك سواء كنا نقوم أو لا نقوم باستنتاجات عن المعرفيات . وهذا هو أساسا فى تقدير مكيولاس موقف السلوكية . إلّا أنه نظرا لإصرار بعض السلوكيين وبخاصة الأوائل منهم على قصر الدراسة على ما يمكن ملاحظته وقياسه ومنه السلوك اللفظى دون ما حاجة إلى القيام باستنتاجات عن الأفكار والمركبات مثل المعرفيات ، فإن ذلك ترك انطباعا بأن هؤلاء البعض ينكرون أهمية المعرفيات . ومن الناحية الأخرى ، فإن النماذج التى يقدمها منظرون آخرون ومنهم الكثير من السلوكيين ، تشمل المعرفيات ، وهى عادة استنتاجات من السلوك الملحوظ . ومعظم المعرفيات هى سلوك غير ظاهر تنطبق عليه نفس الأسس التى تنطبق على السلوك الظاهر ، وهكذا ، فإنه فى برنامج علاجى ، قد يتعلم الناس كيف تتعدل أفكارهم إما من خلال الإشراط الاستجابى (الكلاسيكى) أو الإشراط الإجرائى بطرق تشبه الإشراط فى غير ذلك من أنواع السلوك . وعند هذه النقطة يقع تداخل بين تعديل السلوك والمناهج الأخرى مثل التأمل والتى تهدف إلى تهدئة العقل أو إلى التحكم فيه . والكثير من الإجراءات التى سبق لنا مناقشتها هى أساسا إجراءات معرفية ، ويشمل ذلك التخلص غير الظاهر من الحساسية ، والتدعيم غير الظاهر ، والإجراءات غير الظاهرة للتخلص من الحساسية وللتدعيم وللعقاب والانطفاء والنمذجة وتخيل المناظر ، الخ ذلك أن كل هذه الإجراءات تقوم على أساس أنها تتطلب من العميل تخيل أحداث مختلفة .. ولدى الناس قدرة على تخيل الصور ، وهذه الصور تتوسط وتربط بين مكونات مسلسل السلوك ، أى أن الناس لا يستجيبون غالبا بصورة مباشرة لموقف ، ولكنهم يستجيبون للصورة التى يكونونها عن الموقف . كما أن سلوك الناس يحكمه غالبا ما يتخيلون أنه سوف يحدث إذا سلكوا مسالك مختلفة . وهكذا ، يمكن أن نؤثر غالبا فى السلوك من خلال إجراءات لتوجيه ما يتخيله الناس . وهو منهج قديم جدا يكون أساس الكثير المتنوع من الممارسات بما

فى ذلك السيكوسيبرناطيقا وبعض تأملات اليوجا ، وربما بعض أو كل إجراءات النمذجة .

ومن المحقق أن للمعرفيات تأثيرها فى الأنواع الأخرى من السلوك . ويلجأ كثيرون إلى التأثير فى سلوك الآخرين من خلال الكلمة والمعلومة ، ومنهم المدرس والطبيب والمعالج النفسى . والكثير من الإجراءات المعرفية هى إجراءات تعديل السلوك من خلال اللغة . وهكذا ، فإن المعالج من خلال التحدث مع العميل قد ينتج إشراطا كلاسيكيا عن طريق المزاوجة بين المفاهيم والصور المرتبطة بها ؛ كما يمكنه أن يغير من حوافز الشخص وأن يؤثر فى السلوك الإجرائى المرتبط بها ، وقد يسمح بالتعبير عن انفعالات معينة أو انطفائها : أو يدعم التكلم بصورة معينة . وقد يدرب الشخص على التمييز بحيث يرتبط سلوكه بمواقف منبهة معينة . وقد يسلك بوصفه نموذجا لمدى عريض من أنواع السلوك ، وهكذا ، فقد يعتقد المعالج أن التغييرات التى يحدثها فى العميل عن طريق الكلام ترجع إلى تغييرات معرفية مثل الاستبصار أو تعديل الاتجاه ، بينما يكون من الأفيد فى تقدير مكيولاس (١٣ ، ص ١٢٦) النظر إلى التغييرات على أساس التعلم والمركبات الدافعية . وقد تنتج التغيرات المعرفية تغييرات سلوكية عامة ، ولكن ذلك لا يحدث غالبا . ففى بعض الحالات ، لا يتوفر لدى العميل السلوك المرغوب . وقد لا يكون اقناع العميل فعالاً فى جعل سلوك العميل أكثر تأكيدية ، فهو قد لا يعرف ماذا يفعل وقد يتجه إلى الطرف النقيض فيكون بالغ العدوانية . ولذلك فمن الأفضل فى تقدير مكيولاس تدريب العميل على التأكيد الذاتى . ومن المألوف أن يكون الشخص الذى يعانى من خوف مرضى ممن يفهمون طبيعة وسبب الخوف ، وممن يعتبرون الخوف أمرا غير مرغوب ولا عقلانى ، وهو يعرف كيف يسلك شخص لا يعانى من هذا الخوف فى مثل هذه المواقف . ولكن نادرا ما تساعد هذه المعرفيات الشخص على التحرر من الخوف . وفى تقدير مكيولاس ، فإن مثل هذا الشخص يحتاج إلى علاج سلوكى مثل إزالة الحساسية ، هذا فضلا عن أن المناهج المعرفية فى تقديره غير عملية وغير فعالة مع الأطفال الصغار ومع المتخلفين ومع الحالات الشديدة من المرض العقلى . وتكشف بحوث علم النفس الاجتماعى عن أن تعديل اتجاه الشخص نحو موضوع لا ينتج عنه بالضرورة تعديل هام فى السلوك بما يتفق مع التغير فى الاتجاه . وإذا لم يتغير السلوك بطريقة مستقلة ، أو إذا لم يجد مساندة للتغيير ، فإن الاتجاه قد يتراجع إلى الموقف الأصلى . فمثلا ، قد يعرض

فيلم يوضح المخاطر الكبيرة لعدم تنظيف الأسنان وينتج عنه تغير درامى فى الاتجاه نحو تنظيف الأسنان ، وقد ينتج تغيير فورى فى السلوك . إلّا أنه بعد فترة سوف يعود الناس إلى سلوكهم السابق قبل مشاهدة الفيلم ، وهذا هو ما لوحظ بعد إعلان نتائج البحوث فى العلاقة بين التدخين والسرطان . ونجد اليوم الكثيرين من المشتغلين بعلم النفس الاجتماعى يجمعون بين أساليب تغيير الاتجاه وأساليب تعديل السلوك .

ويقرر مكيـولاس (١٣ ، ص ١٢٧) نقلا عما توصل إليه باحثون مثل لندن وهوبز أنه بالرغم من إصرار عدد من المعالجين لمدة تزيد على سبعين عاما على أن إكساب العميل الاستبصار والكشف عن الدوافع وتحسين فهم الذات هو الهدف العلاجى الرئيسى ، فإن الاستبصار ليس هو سبب التغير العلاجى ، بل هو من عواقب التغير ، وأن الاستبصار أسلوب علاجى غير فعال وأنه يتعين الجمع بينه وبين تعديل السلوك أو أن يحل هذا الأخير محله .

والخلاصة ، أن غلاة السلوكيين يرون أن المناهج المعرفية قد تكون طرقا فعالة لتغيير المعرفيات ولكن يتعين الحذر من افتراض أن التغيرات المعرفية سوف تنتج تغيرات دائمة أو هامة فى السلوك (عدا السلوك الذى يستخدم لقياس المعرفيات) . ورغم أنه قد تحصل أحيانا تغيرات سلوكية إلّا أن ذلك ليس أمرا غالبا . فإذا أردنا تغييرات سلوكية فإنه يتعين استخدام إجراءات تؤثر مباشرة فى السلوك أو تساند التغيير ، فذلك أفضل فى تقدير مكيـولاس من محاولة الحصول على هذه التغييرات بصورة غير مباشرة من خلال المعرفيات . ومن ناحية أخرى فإن تغيير السلوك ينتج عنه غالبا تغيير المعرفيات (الاتجاهات والأفكار ومفهوم الذات) حتى إذا لم تبذل محاولة لتغييرها مباشرة كما توضح بعض التجارب العلاجية ، وذلك لأن الناس يلاحظون أنفسهم . فإذا رأى شخص نفسه يتصرف تصرفا مختلفا ويعالج مشكلات لم يكن يستطيع معالجتها سابقا ، الخ . فليس من غير الشائع أن يفكر وأن يشعر بطريقة مختلفة عن ذاته وما يرتبط بذلك من المواقف والناس ، وعلى كل حال فإنه فى الواقع العملى ، طبقا لتقدير مكيولاس فإن معظم أنواع العلاج تؤثر فى كل من المعرفيات وغيرها من أنواع السلوك . ويتوقف الأمر على موضع التأكيد فى البرنامج العلاجى . وفى تقديره أنه من الأفضل اعتبار المدى الكلى لسلوك العميل والذى قد يسمى بعضه معرفيا ، وفى ضوء ارتباط أنواع السلوك معا يمكن إعداد برنامج علاجى شامل ومتكامل .

الفصل التاسع

العلاج
العقلاني - الانفعالي

تعريف :

يشير استخدام المصطلح الشامل : « العلاج المعرفى التوجه » إلى المناهج السيكولوجية المختلفة فى الشرح وفى العلاج ، والتى تشترك فى افتراض نظرى هو أن التصورات (الاعتقادات والأفكار) الخطأ المتعلمة هى المتغيرات الحاسمة التى يتعين تعديلها أو إزالتها لكى يكون العلاج ناجحا . ومن هذه المعرفيات مثلا أن يفرض الفرد على نفسه أو على الآخرين أو على العالم مطالب غير واقعية ، أو أن يطلب الكمال فى ذاته – ويشمل المصطلح الشامل مناهج عديدة منها : منهج ألبرت أليس فى « العلاج العقلانى – الانفعالى » ؛ ومنهج بيك فى « العلاج المعرفى » ؛ ومنهج ويسلر وهانكين Cognitive Appraisal Therapy وقد حاولا فيه الجمع بين العلاج العقلانى – الانفعالى ومكتشفات التعلم الاجتماعى وعلم النفس الاجتماعى المعرفى ؛ ومنهج كيللى ؛ ومنهج باندورا فى « **التعلم الاجتماعى** » ومنهج لازاروس Multi-Modal Therapy ، ومنهج ماهونى Cognitive Learning Therapy ؛ ومنهج ميشينباوم فى « تعديل السلوك المعرفى » . ولكن ويسلر وهانكين (٢٠ ، ص ١٦٠) يستبعدان من العلاج المعرفى – السلوكى المناهج التى تستخدم « المعرفية » لضبط السلوك دون أن تنسب أهمية للمعرفية فى خلق الانفعالات والسلوك . ورغم أن العلاجات المعرفية قد نشأت مستقلة عن العلاج العقلانى – الانفعالى ، إلّا أن كل المناهج السابق الإشارة إليها يمكن أن تعتبر منهج إليس الفكرى رافدا أوليا من روافدها ، وقد أظهر مسح حديث أجرى عام ١٩٨٢ (٢٠ ، ص ١٦١) أن ألبرت إليس يعتبر واحدا من اثنين هما الأكثر تأثيرا فى العلاج النفسى كما يمارس اليوم فى أمريكا (الآخر هو كارل روجرز) ، وذلك بالرغم من أن ٢٪ فقط ممن استجابوا للمسح ذكروا أنهم ينتمون إلى مدرسته . كما كان العلاج العقلانى – الانفعالى من بين المدارس العلاجية العشر الأولى الأكثر تأثيرا .

منهج إليس :

وقد مارس إليس التحليل النفسى الكلاسيكى والعلاج النفسى التحليلى لعدد من السنين فى الفترة من أواخر الأربعينات إلى أوائل الخمسينات ، ولكنه وجد أنه بالرغم من البصر الذى يكتسبه العميل ، وفهمه للأحداث فى طفولته الأولى وقدرته

على الربط بينها وبين اضطراباته الانفعالية الحاضرة ، فإنه نادرا ما يتخلص من الأعراض التى يشكو منها . وحين يتخلص منها ؛ فإنه لا يزال يحتفظ بالنزعة إلى خلق أعراض جديدة . وقد توصل إليس إلى أن السبب فى ذلك ليس فقط هو أن الفرد قد نشىء على أفكار لا عقلانية ، ولكن لأنه أيضا يعيد غرس هذه اللا عقلانيات فى نفسه . بل إن الفرد يقاوم الضغوط الموجهة إليه فى العلاج للتخلى عن هذه الأفكار . ولا يرجع ذلك فى تقدير إليس إلى أنه يكره المعالج أو أنه يريد تدمير ذاته أو أنه لا زال يقاوم الصور الوالديه كما يزعم الفرويديون ، ولكنه يرجع إلى أنه ينزع إلى أن يكون مثاليا ساعيا للكمال وناقدا للذات ومتوجها نحو الآخرين ، وإلى أن الإنسان يخطىء فيعرِّف تفضيلاته البسيطة مثل الرغبة فى الحب أو التأييد أو النجاح أو اللذة على أنها حاجات ، فيوقع نفسه بذلك فى صعوبات يسميها السيكولوجيون وأطباء النفس عصابا أو ذهانا أو سيكوباثية .

النظرية :

ترى النظرية العقلانية – الانفعالية فى الشخصية أن الكائن الإنسانى يخلق إلى حد كبير (ولكن ليس كلية) العواقب أو الاضطرابات الإنفعالية لذاته بنفسه ، وإنه يولد ولديه نزعة للقيام بذلك ، وإنه يتعلم عن طريق الإشراط الاجتماعى تقوية ودعم هذه النزعة . ولكن لدى الكائن الإنسانى بالرغم من ذلك قدرة فائقة على الفهم الواضح لما يعتقد خطأ أنه سبب اضطرابه (لأن لديه موهبة فريدة للتفكير فى تفكيره) ولتدريب نفسه على تغيير أو حذف المعتقدات المخربة (لأن لديه أيضا قدرة فريدة على الضبط الذاتى أو على إعادة الإشراط الذاتى) ، وإن الكائن الإنسانى إذا « فكّر » و « عمل » بقدر كاف لفهم ومناقضة نظم معتقداته ، فإنه يستطيع التوصل إلى تغييرات هامة مهدئة وشافية وواقية من نزعاته المثيرة للإضطراب ، وهو إذا حصل على مساعدة للخلاص من تفكيره الملتوى وانفعاله وسلوكه غير المناسبين عن طريق معالج موجه وإيجابى يواجهه بأسلوب الحوار الفلسفى وبالواجبات المنزلية (وقد يقيم أو لا يقيم معه علاقة شخصية دافئة) فإنه يغلب أن يغير تغييرا راديكاليا معتقداته الخالقة للأعراض بقدر أكبر مما لو تعرض لمعالج يعمل طبقا للتحليل النفسى أو العلاج الروجيرى أو الوجودى أو تعديل السلوك (٦) .

ويضرب إليس مثالا لذلك بالفرد الذى يعانى من مشكلات انفعالية حادة ، فهو لا يعتقد فقط أنه من غير المرغوب فيه أن ينبذه حبيب من الجنس الآخر ، بل إنه يعتقد أن ذلك شىء فظيع لا يستطيع تحمله وأنه لا يجب أن ينبذ ، وأنه لن يقبل أبدا من جانب حبيب وأنه شخص لا قيمة له لأنه منبوذ وأنه يستحق اللعنة لتفاهته . وبالطبع ، فإن كل هذه الفرضيات الشائعة لا تستند إلى مرجع امبيريقى ويمكن دحضها من قبل عالم يستحق هذا اللقب ، هو المعالج العقلانى – الانفعالى الذى يكشف زيف الفروض التى يتمسك بها عميله .

وفى ضوء النظرية التى يسميها إليس نظرية ABC ، فإنه حين تتبع عاقبة مشحونة إنفعالياً لدرجة عالية emotional behavioral consequence (C) حدثا منشطا له دلالة activating event (A) ، فإن (A) قد يبدو أنه السبب فى العاقبة ، ولكنه ليس كذلك حقيقة . فالعواقب الانفعالية يخلقها إلى حد كبير النظام العقائدى للفرد belief system (B) . ولذلك فإنه حين تحدث عاقبة غير مرغوبة مثل قلق حاد ، فإن ذلك يمكن عادة إرجاعه إلى المعتقدات اللاعقلانية للفرد . وحين تواجه هذه المعتقدات تحديا عقلانيا فعالا عند النقطة المختلف عليها disputed (D) ، فإن العواقب المزعجة المضطربة تختفى ، ولن ترجع ، وفى إطار هذه النظرية ، فإن « البصر » السيكولوجى المعتاد لا ينتج تغييرا رئيسيا فى الشخصية ، حيث أنه فى أحسن الأحوال يساعد الفرد على إدراك أن لديه مشكلة انفعالية وأن هذه المشكلة لها أسباب دينامية سابقة يفترض أنها تكمن فى خبرات الطفولة . ولكن هذا النوع من البصر مضلل إلى حد كبير ، لأن الأحداث المنشطة (A) فى حياة الفرد السابقة ليست هى السبب فى العواقب الانفعالية المضطربة وظيفيا (C) ، والأهم منها بكثير نزعته (الموروثة والمكتسبة) إلى تفسير هذه الأحداث تفسيرا غير واقعى ، ولذلك فإنه تتكون لديه معتقدات لا عقلانية (B) عنها . والسبب الحقيقى لاضطراباته الانفعالية هو « ذاته » وليس « ما يحدث له » (حتى إذا كانت خبرات حياته لها بوضوح بعض التأثير على ما يفكر وما يشعر به) .

ويوضح إليس (٤ ، ص ٣٨٨) نظرية ABC مستعينا بالمثال التالى : رجل قضى يوما سيئا جدا فى العمل . فقد وصل متأخرا إلى مقر عمله وكان قد نسى مفاتيح مكتبه ، وسقط من يده فنجان القهوة على سطح مكتبه ، ونسى موعدى

عمل هامين . قد يفكر : « لقد كان عملى سيئا جدا اليوم » ، وهو على حق فى هذا ، وذلك هو ما يسميه إليس « الحدث المنشط » (A) أى حدث غير مرغوب يبعث على الضيق . ثم هو يقول لنفسه بعد ذلك : « هذا أمر فظيع ، وإذا لم أصلح أمرى فسوف أفصل من عملى وهذا هو ما استحقه لتفاهتى » . وتعكس هذه الأفكار نظام معتقدات الشخص (B) . وينتج عنها ، أو هى تفسر ، العواقب الانفعالية (C) والتى تتمثل فى القلق والاكتئاب والشعور بالتفاهة . وطبقا لنظرية ABC ، فإن المشكلات السيكلولوجية لا تنتج عن ضغوط خارجية ولكن عن أفكار لا عقلانية يتمسك بها الشخص وتؤدى به إلى أن يملى رغباته ويصر على الاستجابة لها كى يكون سعيدا . وتتمثل مهمة العلاج العقلانى - الانفعالى فى مهاجمة هذه الاعتقادات اللا عقلانية واللا واقعية والمؤذية للذات وعلى تعليم العميل أنماط تفكير أكثر عقلانية ومنطقية .

ويهدف العلاج العقلانى - الانفعالى إلى إكساب المريض البصر على ثلاثة مراحل (أو أنواع) هى : أولاً : فهم ارتباط الشخصية الهازمة لذاتها بأسباب سابقة تكمن أساسا فى معتقدات الشخص وليس فى إطار أحداث منشطة حاضرة أو فى الماضى ؛ وثانيا : أن يفهم المريض أنه بالرغم من أنه كان مضطربا انفعاليا (أو بوجه أدق جعل نفسه مضطربا) فى الماضى ، إلّا أنه مضطرب الآن أيضا لأنه لازال يفرض على نفسه نفس النوع من المعتقدات الخاطئة . وإنه لازال يدعمها بنشاط فى الحاضر عن طريق تفكيره المختلط وأفعاله اللا عقلانية (أو لا أفعاله) فإذا لم يعترف المريض اعترافا كاملا فى هذا النوع الثانى من البصر بمسئوليته عن استمرار هذه المعتقدات اللا عقلانية ومواجهتها ، فإنه من غير المحتمل أن يحاول الخلاص منها ، والنوع الثالث (أو المرحلة الثالثة) من البصر هو اعتراف العميل بوضوح تام أنه نظرا لأن نزعته هو للتفكير الملتوى هى التى خلقت اضطرابه الانفعالى فى المحل الأول ، وأنه نظرا لاستمرار فرضه هذه المعتقدات والعادات وهى التى تبقى على تفكيره اللا عقلانى ، فإن تصحيح هذه المعتقدات اللا عقلانية والاستمرار فى تصحيحها يتطلب عملا صعبا ومرانا جادا مستمرا وعليه أن يعترف أن النوعين الأولين من البصر ليسا كافيين وأن تأثيرهما سيكون وقتيا فقط .

فمثلا فى حالات القلق ، يقال للعميل شيء قريب مما يلى : (٢٠ ، ص ١٦٩)
« يحدث القلق حين تعرف شيئا على أنه مهدد لك أو أنه يحمل خطرا كامنا لك بدنيا وسيكولوجيا ، أو لشخص أو لشيء آخر تتوحد معه ، والآن ما هى الأحداث الخطرة أو المهددة التى تتوقعها ؟ وما الذى يبدو خطرا أو تهديدا لك ؟ » . ويميز إليس عادة بين نوعين من القلق : قلق الأنا وقلق عدم الارتياح discomfort . ففى قلق الأنا يهدد تقدير الذات أو تقبل الذات . وهو ينتج عن توقع أحداث تؤدى بالفرد إلى المبالغة فى التقديرات السلبية للذات فى صورة قلق . أما قلق عدم الارتياح فهو الخوف من عدم الارتياح بما فى ذلك الإزعاج والخبرة الانفعالية القوية والملل ، الخ . وأى قلق قد يشمل المكونين – ويغلب أن يكون قلق عدم الارتياح هو المكون الذى يعوق التقدم العلاجى ، أما النموذج المصغر للاكتئاب ، فهو يبدأ بملاحظات أو صور عن فقدان حقيقى أو فرضى أو متوقع يقيم بعد ذلك على أنه بالغ السلبية . وقد يكون الفقدان أمرا مرتبطا بالشخص نفسه أو بمن يتوحد معه مثل الناس والأسباب والممتلكات أو تقدير الذات . وتبرز موضوعات اليأس والعجز حين يفكر الفرد فى الفقدان بوصفه دائما أو غير قابل للتعويض . أى أن هذه الموضوعات تتبع الأفكار عن نقص فى الكفاءة الشخصية أو فى القدرة على تعويض الفقدان أو علاج الموقف . فإذا ركز الشخص على نقص كفاءته الشخصية وإذا اتهم نفسه بإنه سبب الفقدان ، فإن الناتج يكون اكتئاب الأنا (وهو شبيه بقلق الأنا) . وإذا انخرط الشخص فى مشاعر الحرمان ورثاء الذات ، فإن اكتئابا من نوع عدم الارتياح يحدث ، وعن طريق استخدام هذه النماذج المصغرة يمكن القيام بتخمينات أو افتراضات معقولة عن « معرفيات » العميل حين لا يستطيع العميل تبينها بسهولة . وعن طريق النظر إلى تقويمات الشخص للأمور بوصفها قواعد حياتية ، فإن المشكلات الكامنة يمكن الكشف عنها . فمثلا ، إذا عرّف الناس المال بوصفه شرطا لقيمة الذات ، ولم يعتبروا أبدا أنهم قد لا يكون لديهم المال فى وقت ما فى المستقبل ، فإنهم قد لا يقدرون أنهم يحملون مشكلة قلق – اكتئاب كامنة . وعن طريق فهم القواعد الحياتية الشخصية يمكن للمعالج أن يقدم للغميل خدمة وقائية وأن يعالج مشكلاته الحالية .

وتستند النظرية العقلانية – الانفعالية فى الشخصية إلى :

(أ) **أسس فسيولوجية** : فتفترض أن الإنسان يولد ومعه نزعة قوية إلى أن يريد وأن يصر على أن يحدث كل شيء على أحسن وجه فى حياته ، وأنه إذا لم يحصل

فورا على ما يريد ، فإنه يلعن ذاته والآخرين والعالم . وتبعا لذلك فهو يفكر « طفليا » (أو إنسانيا) طول حياته ، وهو يكون قادرا على تحقيق سلوك ناضج أو واقعي فقط بصعوبة بالغة .

(ب) **اعتبار أهمية الجوانب الاجتماعية للشخصية** ، ترى النظرية أن النضج الانفعالى هو اتزان دقيق بين اهتمام الفرد بالعلاقات مع الآخرين ومبالغته فى الاهتمام بها . ذلك أنه إذا كان هذا الاهتمام كبيرا جدا أو قليلا جدا ، فإن الفرد سوف ينزع إلى أن يخذل مصلحته وأن يسلك بصورة اجتماعية معادية . ولكنه إذا تقبل الحقيقة الواضحة وهى أنه من المرغوب فيه ولكن ليس من الضرورى أن يكون علاقة طيبة مع الآخرين ، فإنه سوف ينزع إلى أن يكون صحيحا إنفعاليا .

(ج) **الجوانب السيكولوجية** والتى تتلخص فى نظرية ABC وإصرار الفرد اللا عقلانى على « يجب » و « يتعين » و « يتحتم » على أن تكون الأمور مختلفة عن الطريقة التى تكون بها وهى أفكار خارج مجال الصدق الأمبيريقى . ونتيجة لذلك ، يقع كثير من الناس فريسة للاضطراب والفرد يعلم أن الاضطراب الانفعالى أمر غير مرغوب ولن يجد من يسانده ، ولذلك فهو يحول العواقب الانفعالية (C) أو الأعراض إلى حدث منشط آخر (A) . فمثلا ، قد لا يرضى الفرد بداية عن أدائه فى عمله (B) ويعتقد أن ذلك أمر فظيع وأنه حقير وفاشل ، ثم ينتهى إلى مشاعر قلق وتفاهة واكتئاب (C) ، ثم يبدأ من جديد الشعور بالقلق والتفاهة والاكتئاب (A) وينتهى إلى مشاعر أشد . الخ . أى أن الفرد يصبح قلقا أو يجعل نفسه قلقا لكونه قلقا . وحين يصبح مكتئبا فإنه يجعل نفسه مكتئبا لكونه مكتئبا . وهكذا يدور فى حلقة مفرغة ، تتضمن : (١) إتهام الفرد لذاته لأدائه الردىء فى شيء ما ؛ (٢) الشعور بالذنب أو الاكتئاب بسبب عدم رضائه عن نفسه ؛ (٣) إتهام الذات للشعور بالذنب والاكتئاب ؛ (٤) إتهام الذات لاتهامه لذاته ؛ (٥) إتهامه لذاته لمعرفته بأنه يتهم ذاته ولعدم توقفه عن اتهامه لذاته ، (٦) اتهامه لذاته لطلب العلاج النفسى وعدم تحسنه رغما عن ذلك ؛ (٧) اتهامه لذاته لكونه أصبح أكثر اضطرابا عن الآخرين ؛ (٨) يخلص الفرد إلى أنه لا خلاص من اضطرابه وأنه لا يمكن عمل شيء للخلاص ، الخ .. ولا يهم فى هذا المجال الموضوع الأصلى الذى يتهم الشخص ذاته بشأنه أو يتهم الآخرين بسببه حيث أن الحدث المنشط

(A) ليس فى الحقيقة ذا أهمية كبيرة . وينزع الفرد فى النهاية إلى الانزلاق فى سلسلة من استجابات الاضطرابات ترتبط بصورة ملتوية فقط بالأحداث الصدمية فى حياته . وهذا هو فى تقدير إليس (٦) السبب فى فشل التحليل النفسى لتأكيده على هذه الأحداث الصدمية بدلا من اتجاه الفرد نحو هذه الأحداث . وهو الاتجاه الذى يتمثل فى اتهامه لذاته . ولذلك تفشل هذه المدارس فى علاج الشخص من قلقه حول قلقه . وكذلك تركز معظم المدارس العلاجية الأخرى إما على الأحداث المنشطة (A) فى حياة الفرد ، أو تركز على العواقب الانفعالية (C) التى يخبرها الفرد بعد وقوع هذه الأحداث . وذلك هو نفسه عين الخطأ فيما يفعله الفرد ، أى التركيز الزائد على (A) أو (C) أو على كليهما ، وعدم الاهتمام بنظام المعتقدات لديه (B) وهو فى تقدير إليس العامل الحيوى فى خلق أعراضه .

وحتى إذا افترضنا فضلا عن ذلك أن الأحداث المنشطة فى حياة الفرد والعواقب الانفعالية التى يحسها بعد وقوعها هى عواقب هامة فى سلسلة الخبرات التى نسميها اضطراباته ، فإنه لا يوجد الكثير مما يمكن فعله إذا تركزت الجهود العلاجية على (A) , (C) . فالأحداث المنشطة تنتمى إلى الماضى فى الوقت الذى نرى فيه العميل . فمثلا ، ربما تعرض العميل من عدة سنين للنقد من جانب والديه ، أو هجرته زوجته أو طرد من عمله . وليس هناك شىء يستطيع المعالج القيام به لتغيير هذه الأحداث السابقة . وبالنسبة للأعراض الانفعالية الحاضرة للعميل ، فإنه كلما زاد التركيز عليها كلما زاد شعوره سوءا ، فهو الآن شديد القلق ، وإذا ظللنا نتحدث عن قلقه وجعلناه يعيد خبرة هذه المشاعر فى الجلسة العلاجية ، فإنه سوف يزداد قلقا . والنقطة الوحيدة التى يزداد احتمال النجاح فيها علاجيا هى وقف عملية الاضطراب وجعل العميل يركز على نظام معتقداته الخالق للقلق وذلك عند النقطة (B) فإذا أحس العميل بالقلق مثلا خلال الجلسة العلاجية وركز المعالج على هذه المشاعر عند النقطة (C) وطمأنه العميل بأنه لا يوجد ما يدعو للقلق ، فإن هذا الأخير قد يزداد قلقا أو قد يحقق حلا مهدئا لمشكلته عن طريق اقناع نفسه على نحو قريب مما يلى : « إننى أخشى أن أتصرف تصرفا غير ملائم الآن هنا ، ولكن ذلك لن يكون شيئا فظيعا ، لأن هذا المعالج سوف يتقبلنى على أى حال » . وقد يركز المعالج على الأحداث المنشطة فى حياة العميل والتى يفترض أنها تجعله قلقا ، وذلك عن طريق

أن يظهر له مثلا أن أمه كانت عادة تبرز عجزه عن أن يترك انطباعا طيبا لدى الآخرين ، أو أنه كان دائما يخشى أن ينقده المدرسون لضعفه فى الاستذكار ، وأنه لازال يخشى التحدث إلى نماذج السلطة الذين قد لا يساندونه ، وأنه بسبب كل هذه المخاوف السابقة والحاضرة فى مواقف A1, A2, ...An فهو الآن قلق مع المعالج . وحينئذ قد يقنع العميل نفسه « الآن يمكن أن أرى أنى قلق بصفة عامة حين أواجه نماذج السلطة ، ولذلك فليس غريبا أن أكون قلقا حتى مع المعالج » . وحينئذ قد يحس أنه أحسن حالا ويتحرر مؤقتا من قلقه .. ولكن إليس يرى أنه من الأفضل كثيرا أن يظهر المعالج للعميل أنه كان قلقا حين كان طفلا ، وأنه لا زال قلقا مع النماذج المختلفة للسلطة ليس بسبب إنهم يملكون السلطة عليا عند النقطة (A) ولكن لأنه كان يعتقد دائما ولا يزال بأنه أمر فظيع أن لا يحصل على تأييد نماذج السلطة له ، وأن عدم التأييد سوف يجعل منه شيئا تافها وأنه سوف يقضى عليه إذا انتقد . وحينئذ فإن العميل ينزع إلى فعل شيئين : (١) سوف يبعد عن النقد الكامن أو الفعلى له من قبل نموذج سلطة (A) ومن شعوره الذاتى بالقلق (C) ويتجه إلى اعتبار نظام معتقداته اللا عقلانى (B) . وسوف يساعد هذا الابتعاد بصورة مهدئة على أن يصبح غير قلق . ويحتمل أن يتم ذلك حالا ، لأنه حين يركز على « ما الذى أقوله لنفسى عند النقطة (B) لأجعل نفسى قلقا ؟ » فإنه سوف يصعب عليه أن يركز على الفكرة غير المجدية والهادمة للذات » سوف يكون أمرا فظيعا أن أقول شيئا غبيا للمعالج وألا يوافق على ما أقول » ؛ (٢) سوف يبدأ – وربما لأول مرة فى حياته) فى أن يتحدى بصورة إيجابية عند النقطة (C) معتقداته اللاعقلانية المثيرة للقلق ، وسوف يغيرها مؤقتا على النحو التالى : « سوف يكون من سوء الحظ إذا قلت شيئا غبيا للمعالج وإذا لم يوافق على ما أقوله ، ولكن ذلك لن يكون أمرا فظيعا أو كارثة » . وفوق ذلك ، فإن العميل سوف ينزع إلى أن يكون أقل التزاما بهذه المعتقدات اللاعقلانية فى المرة التالية التى يكون فيها مع نموذج سلطة ويخاطر بقبول شيء قد يكون محل نقد من هذا النموذج : وبذلك فإنه عن طريق جعل المعالج يركز على (B) بدلا من (A), (C) سوف يحصل على نتائج شافية وواقية بدلا من النتائج المهدئة لقلقه .

وفى تقدير إليس أن معظم الأساليب العلاجية مثل التداعى الحر وإعادة التعبير عن المشاعر تفشل فى تحرير الفرد من الأعراض الباثولوجية لأنها نتاج تعلم بيولوجى – اجتماعى عميق الجذور ، وقد يساعد الدفء والتأييد والإيحاء ، العميل على

أن يعيش « سعيدا » مع أفكار غير واقعية ، ولكنها نادرا ما تحرر الفرد من الأفكار اللا عقلانية . ويسهم التفريغ الانفعالى غالبا فى مساعدة الفرد على أن يخبر مشاعر أحسن بالرغم من مطالبه غير الواقعية ، ولكنه ينزع إلى دعم هذه المطالب بدلاً من التحرر منها . وقد يخفف « التخلص التدريجى من الحساسية » أحيانا من قلق الفرد ومخاوفه ولكنها لا تحرره من الفلسفات الكامنة وراء قلقه ومخاوفه . وقد وجد إليس منذ الأيام الأولى فى تاريخ العلاج العقلانى – الانفعالى أنه لكى يساعد المريض على التحرر من النزعة إلى خلق اللاعقلانيات ، فإنه يتعين القيام بهجوم نشط موجه معرفى – انفعالى – سلوكى على النظم الرئيسية للقيم الخاذلة للذات ، وهو هجوم ليس موجها ضد العميل ولكنه موجه ضد معتقداته غير الواقعية . ويؤكد إليس أن جوهر العلاج العقلانى – الانفعالى هو التقبل الكامل للعميل بوصفه فردا مع حملة صامدة لا ترحم توجه ضد أفكاره وسماته وأداءاته الهازمة للذات ، وأن الشعار هو : « نحن نحترم الفرد ولكنا لا نحترم أفكاره » (٦ ، ص ١٦٩) . ويقرر إليس أنه نتيجة لتخليه عن منهج التحليل النفسى وتبنيه لمنهج فلسفى أكثر من أن يكون منهجا سيكولوجيا ، فى مناقشاته لمشكلات العميل ، ودفعه له ليعمل بنشاط ضد أفكاره الرئيسية اللا عقلانية ، وجد أنه استطاع الحصول على نتائج أحسن بكثير ، كما حقق غيره من المعالجين نتائج طيبة فى أسابيع قليلة بدلاً من الشهور والسنين وبالرغم من خطورة المشكلات وصمودها لمدد طويلة .

ويرجع إليس الأصول الفلسفية للعلاج العقلانى – الانفعالى إلى الفلاسفة الأوائل من أمثال ابيكتيتس وسينيكا وسيسرو ، وكذلك من نهج نهجهم مثل سبينوزا وبرتراند راسل . وقد عبّر شكسبير عن هذه النظرية بقوله فى هاملت « ليس هناك خير أو شر ، ولكن التفكير هو الذى يجعل الشيء خيرا أو شرا » . وقد لاحظ فرويد فى أعماله الأولى مع بروييه أن « عددا كبيرا من الظواهر الهستيرية يحتمل أن تكون فكرية الأصل » ؛ إلّا أنه فى أعماله التالية كان يتحدث غالبا عن العمليات الانفعالية حديثا غامضا يتضمن أنها توجد منفصلة تماما عن الفكر . ويعتبر إليس أن آدلر هو المروج الرئيسى للعلاج العقلانى – الانفعالى ، فهو الذى يقول أن « سلوك الشخص ينبع من أفكاره » و « يحدد اتجاه الشخص نحو الحياة علاقته بالعالم الخارجى » . ولا تتفق نظرية ABC مع نظرة السلوكية الإرثوذكسية « المنبه يسبب الاستجابة » فهى ترى أن الكائن يتدخل بين المنبه والاستجابة . ولذلك فإن كل

استجابات الإنسان تتأثر برد فعل الكائن لأفعال المنبه . وقد عبر آدلر عن نظرية ABC أو « المنبه – الكائن – الاستجابة » تعبيرا جيدا حين قال : « الخبرة ليست سبب النجاح أو الفشل ، ونحن لا نعانى من صدمات خبراتنا ولكنا نجعل منها ما يلائم أغراضنا ، ونحن محددون ذاتيا بواسطة المعانى التى نخلعها على خبراتنا . ويرى إليس أن الكثيرين قد مارسوا ما هو قريب جدا من العلاج العقلانى – الانفعالى فى مراحل مبكرة ، ومنهم ديبوا وهرزبرج (فيما يسمى بلغة هذه المدرسة « الواجبات المنزلية ») ، وبرنهايم ، إوسليتر ، وثورن ، ودولارد وميللر ، وشتيكل ، وولبرج وذلك بالرغم من انتمائهم رسميا لمدارس تحمل عناوين أخرى . وكذلك فعل إيريك بيرن وجيروم فرانك وجورج كيللى وجوليان روتر وجوزيف فولبى .

وقد أسس إليس معهد الحياة العقلانية Institute of Rational Living Inc. وهو مؤسسة علمية تربوية لا تهدف إلى الربح عام ١٩٥٩ لتعليم أسس الحياة العقلانية . وفى عام ١٩٦٨ أسس معهد الدراسات العالية فى العلاج النفسى العقلانى ، وهو معهد للتدريب صدر بتأسيسه قانون من أوصياء جامعة ولاية نيويورك . ويقوم هذان المعهدان ومقرهما فى نيويورك ، ولهما فروع فى عدة مدن أمريكية وغير أمريكية بأنشطة لنشر المنهج العقلانى – الانفعالى تشمل : مناهج لتعليم الراشدين أسس الحياة العقلانية ، وبرامج للدراسات العالية بعد الدكتوراه لمدة عام أو عامين للتدريب على طرق العلاج النفسى – العقلانى الانفعالى للاخصائيين النفسيين وللأطباء النفسيين وغيرهم ، وعيادة متوسطة الأجور للأفراد الذين يطلبون العلاج الفردى أو الجماعى ، وحلقات بحث خاصة وفترات امتياز للتدريب العملى المركز كل عام للمهنيين فى أنحاء مختلفة من الولايات المتحدة الأمريكية تعقد غالبا مع فترات انعقاد المؤتمرات العلمية ، ومدرسة الحياة The Living School وهى مدرسة خاصة للأطفال العاديين تطبق فيها بصورة وقائية أسس علم النفس العقلانى – الانفعالى جنبا إلى جنب مع الدراسة الأكاديمية ، وأخيرا نشر المطبوعات والدوريات عن العلاج العقلانى – الانفعالى ومنها مجلة Rational Living . وقد نشر عدد غير قليل من البحوث التى توضح فعالية المنهج فى فئات اكلينيكية متنوعة والكثير منها دراسات تجريبية مضبوطة ، كما أن بعضها موجه إلى التحقق بالدليل الاحصائى من صدق الفرضية الرئيسية فى العلاج العقلانى – الانفعالى وهى أن العواقب الانفعالية لا تسببها أحداث منشطة ولكن تسببها نظم عقائدية معرفية وسيطة ؛ ولإثبات أنه حين يعطى

الأفراد اقتراحات عيانية معينة تتصل بالتغييرات السلوكية مع التنويم المغناطيسى أو بدونه ، فإنهم يعدلون سلوكهم تعديلا ملحوظا وهاما . وتقدم مجموعة أخرى من الدراسات التجريبية الدليل على أن الاضطرابات الانفعالية ترتبط ارتباطا دالا بأفكار لا عقلانية معينة ، وأن الواجبات المنزلية (وهى جزء متكامل من اجراءات العلاج العقلانى – الانفعالى) تكون عادة أكثر فعالية فى تحقيق تغير فى الشخصية من الأنواع السلبية من إزالة الحساسية مثل تلك التى يستخدمها فولبى وأتباعه . كما أن فعالية الواجبات المنزلية الحقيقية والفعلية وليست المتخيلة قد أثبت صدقها تجريبيا عدد من الدراسات .

العلاج العقلانى – الانفعالى

أهداف ونظرية العلاج العقلانى – الانفعالى :

لا تختلف أهداف العلاج العقلانى – الانفعالى عن أهداف العلاج النفسى بعامة . وهى تشمل : الإقلال من المعاناة الذاتية للفرد والأفعال اللاتواؤمية ، والإقلال من الاضطرابات العصابية وحل مشكلات الحياة . ويعتبر بعض المعالجين ومنهم ريمى أن التغيير المعرفى هو هدف العلاج وأن التغييرات الوجدانية والسلوكية سوف تتبع التغيير المعرفى . إلّا أن فريقا آخر يرى أن التغيير المعرفى هو هدف فرعى أو هو وسيلة لغاية هى التغيير الوجدانى والسلوكى . وتسعى العلاجات المعرفية التوجه إلى قدر من المساعدة الذاتية بوصفها هدفا للعلاج . أى أن يتعلم الأفراد تعديل حالاتهم المزاجية وسلوكهم اللا تواؤمى حتى بعد انتهاء العلاج . ويعتبر إليس أن العلاج العقلانى – الانفعالى هو إعادة بناء الفرد لفلسفته فى الحياة بصورة شاملة وأن ذلك هو الحل « الذكى » للمشكلات الإنسانية . أما الحل غير الذكى فإنه يتضمن تعديل معرفيات معينة أى ما هو أقل من تغيير فلسفى شامل . وتشمل الفلسفة الجديدة فى الحياة : (١) رغبات لا تثقل على الفرد ؛ (٢) تقبل للذات دون شروط ؛ (٣) اتجاهات غير معادية وغير ناقدة للآخرين ؛ (٤) تقبل قوى للواقع الذى لا يمكن للفرد تغييره ؛ (٥) تسامح وتساهل دون شكوى من إحباط أو حرمان أو ضيق ؛ (٦) إرادة العمل لتحسين ظروف حياة الفرد لزيادة متعته الشخصية .

وطبقا لنظرية إليس فإن الاضطراب الانفعالى يحدث حين يصر الفرد أو يطلب أو يملى أنه يتعين أن يحقق رغباته كأن يصر مثلا على أن ينجح فى عمل هام وأن يحصل

على تأييد الآخرين الهامين بالنسبة له وأن يعامله الآخرون معاملة عادلة خلقية وأن يكون العالم أكثر مجلبة للسرور . فإذا كانت طلبات الفرد (وليست رغباته) هى التى توقعه فى المتاعب الانفعالية ، فإنه يمكن التخفيف من الألم الناتج بعدة طرق بعضها ذكى والبعض الآخر غير ذكى . ومن هذه الطرق (٦) :

التحويل : Diversion : يمكن تحويل اهتمام الطفل بشيء عن طريق إعطائه قطعة حلوى مثلا ، وكذلك يمكن تحويل اهتمامات من يطالبون بشيء تحويلا مؤقتا . فالمعالج مثلا فى تعامله مع عميل ممن يحسون بخوف شديد من أن ينبذه أو يرفضه الآخرون (أى يتطلب أن يتقبله الآخرون) يمكنه أن يحاول ترتيب الأمور بحيث يتحول اهتمام عميله إلى أنشطة العمل أو الرياضة أو الخلق الفنى أو القضايا السياسية أو تدريبات اليوجا أو التأمل أو الانشغال الزائد بأحداث طفولته أو كراهية والديه أو الآخرين ، الخ .. فإذا تحول اهتمام الفرد إلى بعض هذه الأمور ، فإنه سوف لن يجد الوقت الكافى أو الطاقة الكافية أو الميل لأن يتطلب التقبل من الآخرين أو أن يجعل نفسه قلقا . إلّا أن مثل هذه التحولات لها تأثيرات مؤقتة ، حيث أن الفرد لازال فى باطنه متطلبا والأغلب أنه بمجرد أن ينقطع اهتمامه بما تحول إليه ، فإنه سوف يرجع إلى إملاءات الطفولة مرة أخرى .

إشباع المطالب : Satisfying Demands : إذا اشبعت طلبات الطفل المدلل باستمرار ، فإنه يندر أن ينزعج ظاهريا ، وإذا حظيت طلبات الراشد غير الواقعية بالقبول المستمر ، فإنه سوف يشعر بأنه أحسن حالا (ولو أن ذلك لا يعنى بالضرورة أن يصبح أحسن حالا) ولترتيب هذا النوع من الحلول ، يمكن للمعالج أن يمنح عميله الحب والتأييد ، وأن يمده بالإحساسات السارة ، كأن يلحقه مثلا بجماعة لقاء مواجه حيث يحتضنه الآخرون أو حيث يدلل ، وأن يعلمه طرق النجاح فى الحصول على طلباته أو أن يطمئنه على أنه سوف يحصل على طلباته الخ .. ومن المحقق أن الكثير من العملاء سوف يخبرون مشاعر أطيب نتيجة لمثل هذه المعاملة ولكن أغلبهم سوف تتدعم لديهم بدلا من أن تقل هذه المطالب .

السحر : Magic : يمكن غالبا – على حد قول إليس – إرضاء الطفل الذى يصر على أن يحصل على ما يريده ، وهو غير قادر فى الواقع على تحقيق مطالبه ، وذلك

عن طريق إيهام أمه له بأن له « أما من الجان » سوف تحقق له مطالبه ، أو عن طريق أن يخلق لنفسه شخصا سحريا يخف لمساعدته . وكذلك يمكن إيهام المراهق والراشد ممن يصرون على طلباتهم عن طريق المعالج أو غيره بأن قوة خارقة سوف تساعدهم وأنهم إذا كانوا مرفوضين من قبل البعض فإنهم أفضل من هذا البعض ولذلك فإنه يمكنهم تحمل هذا الرفض . كما يمكن إيهامهم بأن المعالج سوف يريحهم من متاعبهم بمجرد إخباره بما يعانون منه الخ . مثل هذه الحلول السحرية قد تؤدى فعلا إلى شعور بأنه أحسن حالا وإلى التخفف من أعراضه ، ولكن فعاليتها لا تمتد لأكثر من وقت محدود وغالبا ما تنتهى بالارتباك والخلط وأحيانا بالانتحار !

التخلى عن المطالبة : Giving up Demandingness : أذكى الحلول لمشكلة الإصرار اللا عقلانى على طلبات معينة وما يعقبها من اضطراب انفعالى هو فى رأى إليس إقناع الفرد بأن يكون أقل إصرارا ، وذلك هو ما يحدث للطفل السوى حين ينضج ، فهو يصبح أقل طفلية وأقل إصرارا على أنه يتعين أن يشبع رغباته فوريا . وهذا هو ما يحاول المعالج العقلانى إقناع عميله به : أى أقل حد ممكن من المطالبة ، وأقصى حد من تحمل ذاته والآخرين والاحباطات التى يفرضها العالم من حوله . وقد يلجأ المعالج العقلانى — الانفعالى أحيانا إلى « حلول » علاجية مؤقتة مثل التحويل وإشباع « حاجات » العميل أو حتى « السحر » فى حالات نادرة جدا . ولكنه إذا فعل ذلك فإنه يدرك شعوريا أن هذه الحلول مؤقتة وذات فعالية منخفضة وأنها تستخدم أساسا مع عميل لاتتاح فرصة على الاطلاق لتقبله حلولا أكثر دواما وأنجع علاجا . وفى العلاج العقلانى — الانفعالى ، فإن المعالج يحاول مساعدة عميله على الاقلال إلى أقصى حد ممكن من فلسفته الدكتاتورية الدوجماتية المطلقة وذلك بثلاث طرق : معرفية وانفعالية وسلوكية .

العلاج المعرفى : Cognitive Therapy : يسعى هذا العلاج إلى أن يظهر للفرد أنه من الأفضل له أن يتخلى عن « طلب الكمال » **perfectionism** إذا أراد أن يعيش حياة سعيدة ووجودا أقل مجلبة للقلق ، كما يعلّم العلاج المعرفى العميل كيف يفصل بين معتقداته العقلانية (غير المطلقة) من معتقداته اللا عقلانية (المطلقة) ، وكيف يستخدم الطريقة المنطقية — الامبيريقية فى العلم بالنسبة لذاته ولمشكلاته ، وكيف يتقبل الواقع ، حتى إذا كان كئيبا . ويفترض العلاج المعرفى أن العميل يمكن أن

يفكر حول تفكيره ، بل يمكن أن يفكر حول تفكيره فى تفكيره . وبالتالى ، فإن ذلك يساعده على صقل عملياته المعرفية . والعلاج المعرفى يقدم المعلومات والشرح وهو جدلى وموجه إلى مساعدة الفرد الذى يعانى من اضطرابات انفعالية على أن يفلسف بفعالية أكثر وبذلك لا يخلق هذه الاضطرابات . والعلاج المعرفى لا يمد فقط الحوار السقراطى بين فرد وفرد إلى الحوار بين المعالج والعميل ، ولكنه فى العلاج الجماعى يشجع أيضا الأعضاء الآخرين فى الجماعة على مناقشة العميل الذى يفكر تفكيرا غير فعال ومجادلته وشرح الأمور له ويستخدم غالبا مختلف الأنواع الأخرى من المعينات التعليمية وأساليب تشجيع التفكير مثل النشرات والكتب والتسجيلات الصوتية وأشرطة الفيديو . الخ ، والعلاج المعرفى مضاد للشعور بأن الموقف يمثل كارثة ويدعو العميل إلى التفكير بأنه حتى لو ساءت الأمور إلى أقصى حد ، فإن الأمر لن يكون كارثة كما يصوره لنفسه .

العلاج الانفعالى – الاظهارى : Emotive-Evocative Therapy : وهو يستخدم للمساعدة فى تغيير قيم العميل المحورية ويستعين بوسائل مختلفة للمبالغة الدرامية فى إظهار الحقائق والأكاذيب كى يستطيع العميل التمييز بينها بوضوح . وهكذا يستطيع المعالج استخدام : (١) لعب الأدوار كى يظهر للعميل أفكاره الخاطئة وكيف تؤثر فى علاقاته مع الآخرين ؛ (٢) النمذجة كى يظهر للعميل كيف يتبنى قيما مختلفة ؛ (٣) الفكاهة كى يظهر للعميل سخافة الأفكار التى تستثير اضطرابه ؛ (٤) التقبل غير المشروط للعميل كى يظهر له أنه مقبول بالرغم من سماته الحالية ، وأنه يمكنه أن يتقبل ذاته تقبلا كاملا كما يتقبله المعالج ؛ (٥) حث العميل وإنذاره لإقناعه بالتخلى عن تفكيره الجنونى واستبداله بأفكار أكثر جدوى .. وكذلك يمكن للمعالج – إما فرديا أو فى موقف جماعى – أن يشجع العميل على المخاطرة ، كأن يذكر لعضو آخر فى الجماعة فكرته عنه ، فيظهر له أن ذلك لا يشكل مخاطرة كبرى . وقد يشجعه أيضا على الكشف عن ذاته كأن يذكر بعض التفاصيل عن نزعاته الجنسية المثلية أو عن العنة الجنسية التى يعانى منها ، وعلى أن يقنع نفسه بأن الآخرين يمكنهم تقبله بالرغم من نقائصه ، وأن يحس بمشاعره « المثيرة للخجل » (مثل العدوانية والعداوة) وبحيث يستطيع أن يتنبه خلال العلاج الفردى أو الجماعى إلى حقيقة الأشياء التى يذكرها لنفسه لخلق هذه المشاعر . وقد يستخدم المعالج بعض الأساليب التى توفر قدرا من اللذة مثل الوعى الحسى واحتضانه من قبل عضو آخر فى

الجماعة ، وذلك ليس لإشباع المطالب اللا عقلانية للعميل إشباعا فوريا ، ولكن لكى يظهر له أنه قادر على القيام بأفعال كثيرة تبعث على اللذة ، والتى يظن خطأ أنه لا يمكنه القيام بها ، وأيضا لكى يوضح له أنه يمكنه السعى دون شعور بالذنب وراء اللذة لمجرد اللذة حتى إذا اعتقد الأعضاء الآخرون فى جماعته الاجتماعية أنه من غير اللائق القيام بها .

طرق العلاج السلوكى : ويمكن استخدامها لمساعدة العميل على تغيير أعراضه غير المجدية ، وللتعود على طرق الأداء الأكثر فعالية ، ولمساعدته على التغيير الجذرى لمعرفياته عن ذاته وعن الآخرين وعن العالم . فمثلا ، يمكن التخفيف من إصرار العميل على الأداء الكامل وعدم الفشل عن طريق إعطائه واجبات لأدائها إما خلال الجلسة العلاجية أو فى المنزل .

وهى تشتمل عادة على أن يطلب من العميل التصرف بطرق لا تتسق مع معرفياته أو تقويماته أو كليهما ، وذلك لاستثارة تنافر أو عدم اتساق بين المكونات المعرفية والوجدانية ومكونات الفعل . ذلك أنه فى إطار نظرية الاتساق المعرفى فى تكوين الاتجاهات وتغييرها ، يفترض أن الناس ينزعون إلى تكييف تقويماتهم لتتفق مع أفعالهم أو مع ما تعلموه أو مع كليهما .

فمثلا يمكن تشجيعه على المخاطرة (كأن يطلب موعدا مع عضو فى الجماعة من الجنس الآخر) وأن يتعمد الفشل فى عمل ما (كأن يحاول التعثر فى الكلام فى اجتماع عام) وأن يتخيل نفسه فاشلا فى عدد من المواقف (كأن يتخيل نفسه فاشلا فى لعبة اجتماعية والجميع يسخر منه) ، وأن يلقى بنفسه فى مواقف غير مألوفة يعتبرها خطرة الخ . وفى مواجهة إصرار العميل على أن يعامله الآخرون معاملة عادلة وعلى أن تنتظم الحياة فى رفق ، يمكن للمعالج تحدى هذا الاصرار عن طريق تشجيع المعالج له على أن يبقى فى ظروف سيئة وأن يعود نفسه على الأقل وقتيا ، على تقبل هذه الظروف السيئة وأن يقتحم المجالات الصعبة وأن يتخيل نفسه فى أزمة صعبة (مثلا فى عمله) وألا يشعر بالاضطراب لذلك وكذلك أن يسمح لنفسه بالقيام بأعمال سارة مثل الذهاب إلى السينما أو رؤية أصدقائه ، فقط بعد أن يكون قد قام بأعمال غير سارة ولكن مرغوبة مثل تعلم لغة أجنبية صعبة أو إنجاز تقرير هام طلبه رئيسه ، الخ ويستخدم العلاج العقلانى - الانفعالى غالبا الإشراط الإجرائى لتدعيم

تغيير الفرد لسلوكه (مثل الإقلاع عن التدخين أو الإسراف فى الأكل) أو لتغيير تفكير لا عقلانى (مثل إدانة ذاته حين يدخن أو يسرف فى الأكل) .

والخلاصة أن العلاج العقلانى – الانفعالى يستخدم أساليب عديدة ومتنوعه يؤدى معظمها وظيفته المقصودة إلى حد ما . ولكن النظام الفعال للعلاج يشمل فى تقدير إليس : (١) اقتصادا فى الوقت والجهد المبذول من قبل كل من المعالج والعميل (٢) السرعة فى مساعدة العميل على التغلب على أسوأ أعراضه ؛ (٣) فعالية الطريقة العلاجية مع نسبة كبيرة من مختلف أنواع العملاء ؛ (٤) عمق الحل للمشكلة المقدمة ، (٥) دوام النتائج العلاجية عند تحققها . ويزعم أنصار العلاج العقلانى – الانفعالى أنه يتفوق على هذه الأبعاد الخمسة تفوقا ظاهرا على كل المدارس العلاجية الأخرى لأنه يصر على ارتباط فعالية العلاج بعمق موقفه الفلسفى ، ولأنه يحارب « المطلق » وهو علاج واقعى يصل إلى الأعماق ويصر على الانتقاص من المطالب الطفلية التى تشكل العنصر الأساسى فى الاضطراب الانفعالى .

عملية العلاج النفسى :

تسعى كل الطرق المتنوعة التى يتبعها العلاج العقلانى – الانفعالى إلى تحقيق هدف رئيسى وهو الإقلال من نظرة العميل الهازمة للذات وإلى إكسابه فلسفة فى الحياة أكثر واقعية وسماحة – ونظرا لأن بعض طرقها الانفعالية والسلوكية شبيهة بالطرق التى تستخدمها المدارس العلاجية الأخرى ، فإننا نركز على الجوانب المعرفية – الاقناعية وهو ما يحتمل أن تكون الجوانب المميزة له ، ولا يقضى المعالج العقلانى – الانفعالى وقتا طويلا فى معظم الحالات فى الاستماع إلى تاريخ حياة العميل أو فى تشجيعه على التفريغ الانفعالى أو فى التعبير عن مشاعره . ورغم أنه قد يستخدم أحيانا كل هذه الطرق ، إلّا أنه يحاول عادة اختصارها فى الوقت حيث أنه يعتبر أن مثل هذا الحوار الطويل (أو المونولوج) صورة من صور العلاج عن طريق التدليل والتى قد تساعد العميل على الإحساس بشعور طيب ولكنها نادرا ما تساعده على التحسن فعلا . ولا يستخدم المعالج أساليب التحليل النفسى مثل التداعى الحر وتحليل الأحلام وتفسير علاقة الطرح بين العميل والمعالج أو شرح الأعراض الحاضرة للعميل فى ضوء خبرات الماضى وتحليل ما يسمى المركب الأوديبى ، الخ . وهو حين يستخدم هذه الأساليب فإنه يستخدمها فى غير إطار التحليل النفسى وبإيجاز شديد

بقصد مساعدة العميل على رؤية ماهية بعض الأفكار اللا عقلانية وما يمكنه عمله للتخلص منها ، فإذا لاحظ المعالج أن العميل يثور ضده بوصفه نموذجا للسلطة ، كما سبق وأن ثار على والده خلال طفولته ، فإن المعالج لا يفسر ثورة العميل الحالية على أنها نابعة من نمط ثورى سابق ، ولكنه يحاول أن يشرح للعميل أنه كان يكره والده لأنه كان يرغمه على اتباع قواعد معينة اعتبرها جزافية وأن والده لا يقدر مشاعره كما يتعين أن يفعل ، ثم يذكر المعالج للعميل أن من المحتمل أنه يفكر بنفس الطريقة إزاء المعالج ، ثم ينتقل فيشرح للعميل إن ثورة غضبه ضد والده لم تكن عقلانية لأن والده ليس سيئا ولا يحاول القيام بأعمال سيئة وأنه ليس هناك من سبب يدعوه إلى توقع أنه يتعين على والده أن يقدر مشاعره بالرغم من أنه من الأفضل بالطبع أن يفعل ذلك ، وأن تدبيراته ضد والده لن تجدى شيئا بل على العكس يمكن أن تؤدى إلى نتائج عكسية – وتبعا لذلك ، فإنه قد خلط كما يفعل معظم الأطفال بين عدم رضائه عن سلوك والده وبين أن يكون « على حق » فى الغضب عليه ، كما أنه دون داع قد أزعج نفسه حول ما يزعم أنه معاملة غير عادلة . وعلى كل حال ، فإنه يحتمل أن يكون منخرطا فى نفس الشيء فيعتبر القيود التى فرضها المعالج عليه بالغة القسوة بينما هى فى الحقيقة قاسية فقط ، وبعد أن افترض أن المعالج مخطىء فى فرض هذه القيود (وهو أمر محتمل فعلا) فإن العميل يدين المعالج لأفعاله التى يفترض أنها خطأ . ثم يضيف المعالج أن العميل يحتمل أنه افترض أن المعالج « مخطىء » لأنه يشبه فى بعض الطرق والده المخطىء ، ولكن ذلك استنتاج آخر غير منطقى (« أى أنه إذا كنت أشبه والدك فى بعض الطرق فإنه يتعين أن أشبهه فى كل الطرق ») ، وهى مسلمة غير عقلانية (أى إننى مثل والدك شخص ردىء إذا قمت بعمل ردىء) . ويخلص المعالج إلى القول : « وعلى ذلك فإنك لا تخترع فقط ارتباطا خطأ بينى وبين والدك ، ولكنك أيضا تخلق اليوم ، كما فعلت لعدد من السنين مطلبا محددا بأن تكون الدنيا مكانا سهلا ميسرا لك ، وإنه يتعين على كل الناس معاملتك معاملة عادلة – والآن فكيف تنوى تحدى مسلماتك اللا عقلانية واستنتاجاتك غير المنطقية ؟ »

وبدلا من استخدام الطرق التقليدية التحليلية أو طرق العلاج المتمركز – حول – العميل ، أو الطمأنة أو طرق العلاج الوجودى ، فإن المعالج العقلانى – الانفعالى يستخدم أساسا طريقة فلسفية موجهة – اقناعية نشطة مثل طلقات النار السريعة . وهو فى معظم الحالات ، يحدد بسرعة عددا من الأفكار

الأساسية اللاعقلانية التى تدفع العميل إلى سلوكه المضطرب ، وهو يتحدى العميل لأن يثبت صدق أفكاره . وهو يظهر له أنها أفكار بعيدة عن المنطق لا يمكن إثبات صدقها ، وهو يحلل هذه الأفكار منطقيا ويظهر أنها أفكار مهلهلة ، ويوضح بعنف وبقوة أن هذه الأفكار لا يمكن تطبيقها وأنها سوف تؤدى حتما إلى تجدد أعراض الاضطراب ، وهو يظهر سخافة هذه الأفكار أحيانا بأسلوب فكاهى ويشرح له كيف يمكن استبدالها بأفكار أكثر عقلانية ، ويعلم العميل كيف يفكر علميا فى الحاضر وفى المستقبل بحيث يمكنه ملاحظة أى أفكار تالية لا عقلانية ونبذها منطقيا .

ميكانيزمات العلاج النفسى :

يدلل إليس على أن التصوير السابق لما يفعله المعالج العقلانى – الانفعالى ليس مبالغا فيه ، فيقدم تسجيلا حرفيا للجزء الأول من المقابلة الأولى التى أجريت مع امرأة فى الخامسة والعشرين من عمرها تعمل رئيسة قسم برامج الكمبيوتر فى إحدى الشركات ، يقرأ المعالج مما أوردته العميلة فى نموذج السيرة الذاتية والذى كتبته قبل الجلسة الأولى : « العجز عن التحكم فى الانفعالات ، مشاعر طاغية بالذنب وعدم الجدارة ، عدم شعور بالأمن ، اكتئاب مستمر ، صراع بين الذات الداخلية والخارجية ، إفراط فى الأكل والشرب وتناول أقراص التخسيس » .

يسأل المعالج : « ما الذى تريدين البدء به ؟ » وتجيب العميلة « لا أعرف ، إننى أشعر بالرعب فى هذه اللحظة » وبعد تساؤل تجيب : بإنها تشعر بالرعب من المعالج والذى يرد بقوله « بالقطع لا ، ربما تشعرين بالرعب من نفسك » . وهكذا يستمر الحوار لقرابة ١٥ دقيقة . ويخلص إليس من هذا البروتوكول الجزئى للمقابلة الأولى إلى أن المعالج قد حاول القيام بما يلى :

(١) بالرغم من نوعية المشاعر التى عبرت عنها العميلة ، بما فى ذلك مشاعرها نحو المعالج ونحو طريقة معاملته لها ، فإنه كان يرجع دائما وبسرعة إلى الأفكار الرئيسية اللا عقلانية الكامنة وراء هذه المشاعر وبخاصة أفكارها التى تدور حول فظاعة عدم حب الناس لها بما فى ذلك المعالج .

(٢) لم يتردد المعالج فى مناقضة العميلة وهو يستخدم الدليل من حياتها ومن معرفته بالناس بعامة .

(٣) كان المعالج عادة متقدما خطوة عن العميلة ، فهو يذكر لها مثلا أنها تلوم ذاتها قبل أن تذكر هي ذلك . وهو يعرف طبقا لنظريته أنها تتمسك بالحتميات مثل : يجب ، يتعين ، الخ في تفكيرها عندما تصبح قلقة ومكتئبة وشاعرة بالذنب وهو يرغمها على الاعتراف بذلك ثم ينقدها أو يهاجمها .

(٤) يستعين المعالج بأقوى منهج فلسفي يمكن أن يتوفر له ، فهو يكرر : « لنفرض أن أسوأ ما يمكن أن يحدث قد حدث ، وأن أداءك فعلا كان رديئا وأن الآخرين يكرهونك لذلك ، فهل ستظلين تشعرين هذا الشعور الفظيع ؟ » ويفترض المعالج بأنه إذا استطاع اقناع العميلة بأن لا شيء في سلوكها يمكن أن يحط من قدرها بوصفها شخصا ، فإنه سوف يساعدها في أن تتغير تغيرا عميقا وحقيقيا في اتجاهها وفي شخصيتها .

(٥) لا ينزعج المعالج بجعل المؤشرات الظاهرة لإنزعاج العميلة مثل البكاء والغضب خلال الجلسة العلاجية ، فهو قليل التعاطف مع هذه المشاعر ، ولكنه يستخدمها لمحاولة أن يثبت للعميلة أنها في نفس اللحظة وفي نفس المكان تعتقد في أفكار غير عقلانية ولذلك فهي تزعج نفسها ، وهو لا يتحدث عن مشاعر الطرح من العميلة على المعالج ولا يتحدث عن الطريقة غير اللائقة التي تدين بها سلوكه نحوها . ولكنه يفسر الأفكار الكامنة وراء هذه المشاعر ويوضح لها السبب في أنها أفكار هازمة للذات ويحاول أن يوضح لماذا يكون سلوكه الأكثر تعاطفا مؤديا لتدعيم فلسفتها المشحونة بالمطالب من العالم ، بدلا من مساعدتها في التخلص من هذه الفلسفة .

(٦) المعالج حازم من جانب مع العميلة ، ولكنه يظهر في الجانب الآخر تقبلا كاملا وثقة فيها (أو اعتبارا إيجابيا غير مشروط) وذلك عن طريق الإصرار على أنها قادرة على التفكير الأحسن وعلى السلوك الأحسن إذا امتنعت عن لوم ذاتها .

(٧) بدلا من مجرد ذكر أن أفكار العميلة لا عقلانية ، يصر المعالج على أن تفكر العميلة في ذلك كي تكتشفه بنفسها ، إلّا أنه يشرح لها تعليميا بعض العمليات السيكولوجية المرتبطة بالموقف مثل حقيقة أن مشاعرها تنبع من تفكيرها .

(٨) يستخدم المعالج عن قصد وفي مناسبات عديدة لغة قوية وذلك (أ) بقصد تحرير العميلة من تحفظها ، (ب) ولكي يوضح أنه بالرغم من أنه مهني إلّا أنه

أيضا كائن إنسانى ؛ (ج) ولكى يعطى العميلة صدمة انفعالية بحيث تحدث كلماته تأثيرا دراميا أقوى .

(٩) بالرغم من أن المعالج لا يوافق على أفكار العميلة ، إلّا أنه فى الواقع متعاطف معها وجدانيا ، فهو يحاول جاهدا أن ينصت إلى ما يحتمل أن تقوله لنفسها وأن يكتشف مشاعرها الحقيقية (أفكارها السلبية عن ذاتها وعن العالم) بدلا من مشاعرها السطحية (إدراكها بأن أداءها ردىء وأن الآخرين يستغلونها لمصلحتهم) .

(١٠) يواصل المعالج التحقق من فهم العميلة لما يعلمه لها وأنها تستطيع التعبير لفظيا عن هذا الفهم .

(١١) بالرغم من قيام حوار هام له دلالاته بين العميل والمعالج ، إلّا أن هذا الأخير كما هو شائع فى الجلسات الأولى من العلاج العقلانى – الانفعالى ، يقوم بالقدر الأكبر من الكلام والشرح ، ويعطى المعالج فرصا عديدة للعميلة للتعبير عن نفسها ، ولكنه يستخدم استجاباتها فقط بداية لتعليمها ، وهو أحيانا يبدو كما لو كان يحاضر ، إلّا أن ذلك يكون موجزا جدا ، كما أنه يتوقف أحيانا كى يسمح للأفكار بأن تستقر .

ولا تتلقى العميلة مشاعر حب أو دفء من المعالج ، ويحدث الطرح والطرح المضاد تلقائيا (وبخاصة الغضب من قبل العميلة على المعالج فى هذه الحالة) ، إلّا أن هذه المشاعر تحلل بسرعة ويكشف عن الفلسفة الكامنة وراءها ، ويتم التعبير عن المشاعر المستثارة (الخجل ورثاء الذات والبكاء والغضب الخ) إلّا أن العميلة لا تعطى فرصة كبيرة للاستغراق فى هذه المشاعر أو للتفريغ الانفعالى القوى لها . والمعالج حين يهاجم الأيديولوجيات التى يبدو أنها تكمن وراء هذه المشاعر ، فإنها تتغير بسرعة وتتحول بما يشبه المعجزة إلى مشاعر أخرى مضادة (مثل الفكاهة والمرح والتأمل) . وبعامة ، فإنه نتيجة « برود » المعالج وتفلسفه وإصراره على أن العميلة تستطيع أن تخبر مشاعر غير القلق والاكتئاب ، فإنها تنزع إلى تغيير مشاعرها الهدامة إلى مشاعر بناءة .

وبتقدم الجلسة العلاجية ، فإن العميلة يبدو أنها فعلا تخبر ما يلى : (١) مشاعر الاعتبار الإيجابى غير المشروط لها والتقبل الكامل بالرغم من الأداء الضعيف فى الجلسة أو فى حياتها ؛ (٢) مشاعر الثقة المتجددة بإنها يمكن أن تقوم بأشياء معينة وبخاصة أن

تفكر لنفسها ، وهو ما كانت تعتقد أنها عاجزة عن أدائه ؛ (٣) مفهوم جديد لم أو يندر أن يكون قد تكون لديها قبل ذلك ، وهو أن « حتميات الكمال » التى تتمسك بها هى التى تؤدى إلى اضطرابها وليس اتجاهات الآخرين بما فيهم المعالج نحوها ؛ (٤) اختبار الواقع بمعنى أنها تبدأ فى رؤية أنها بالرغم من ضعف أدائها (مع المعالج ومع بعض الناس الذين تعمل معهم) ، إلّا أنها يمكن أن تستعيد قدرتها وأن تحاول مرة أخرى وأن تنجح ؛ (٥) إقلال بعض دفاعاتها ، فتتوقف عن لوم الآخرين (ومنهم المعالج) على قلقها وأن تستطيع الاعتراف بأن ما تفعله نفسها هو السبب .

وفى الدقائق الأولى من العلاج ، تلتقط العميلة لمحات من الأفكار والمشاعر البناءة ، إلّا أن غاية العلاج العقلانى – الانفعالى هو أن تظل العميلة تكتسب البصر الفلسفى وليس مجرد البصر السيكو – دينامى ، بأن سلوكها هو سبب اضطرابها ؛ وأن تستخدم هذا البصر فى تغيير بعض طرق التفكير المتأصلة فيها حول ذاتها ، وحول الآخرين وحول العالم الذى تعيش فيه ، ومن ثم تصبح فى النهاية فكريا وانفعاليا وسلوكيا أقل إيذاء وخذلانا لذاتها . وإذا لم تخبر العميلة تغيرا شاملا وكاملا فى اتجاهاتها (وفى التحرر من أعراضها) نتيجة العلاج العقلانى – الانفعالى ، فإنها يمكن أن تتحسن ولكنها لازالت بعيدة عن نموذج العلاج العقلانى – الانفعالى وهو التغيير الأساسى فى الشخصية .

والمعدل الأكثر شيوعا فى العلاج العقلانى – الانفعالى هو جلسة اسبوعية . وقد يتراوح عدد الجلسات من ٥ إلى ٥٠ جلسة . ويبدأ العميل عادة الجلسة بذكر أكثر ما يضايقه من مشاعر أو عواقب هذه المشاعر (C) خلال الأسبوع . فيكتشف المعالج حينئذ الأحداث المنشطة (A) التى وقعت قبل أن تؤدى إلى مشاعر سيئة ، ويساعد العميل فى التعرف على المعتقدات العقلانية (rB) واللا عقلانية (iB) المرتبطة بالأحداث المنشطة ، وعلى ما يناقضها (D) . ثم يعطى العميل غالبا واجبات منزلية محددة لمساعدته فى هذه المناقضة . وفى الجلسة الثانية ، يحاول المعالج غالبا مستعينا بالتقرير عن الواجب المنزلى ، التعرف على ما إذا كان العميل قد حاول تطبيق المنهج العقلانى – الانفعالى خلال الاسبوع ، ويواصل تعليمه كيف يناقض معتقداته اللا عقلانية ويعطيه واجبات منزلية جديدة إلى أن يتحرر من أعراضه الحاضرة ويكتسب اتجاها أكثر سواء وسماحة نحو الحياة – ويحاول المعالج بوجه خاص أن

يوضح للعميل كيف : (١) يحرر نفسه من القلق والشعور بالذنب والاكتئاب عن طريق التقبل التام بوصفه كائنا انسانيا وبصرف النظر عما إذا كان قد نجح فى الأعمال والأدوات الهامة وبصرف النظر عما إذا كان الأشخاص الهامون فى حياته يحبونه أو يؤيدونه أم لا ؛ (٢) الإقلال من الغضب والعداوة والعنف عن طريق التسامح مع تواجد الآخرين حتى إذا وجد سمات أو أداءات هؤلاء الآخرين غير عادلة أو غير مشجعة ؛ (٣) إنقاص التحمل القليل للإحباط وللقصور الذاتى عن طريق العمل الشاق لتغيير الواقع غير السار ولكن مع تعلم الصمود أمام هذا الواقع وتقبله بكرامة حين يكون تجنب ذلك غير ممكن فعلا (سوف نورد نموذجا لجزء من التقرير عن الواجب المنزلى فى فقرات تالية) .

وتتم معظم الجلسات الفردية فى عيادة ، إلّا أنه قد لا يكون هناك مكتب يفصل المعالج عن العميل ، ويغلب أن تكون ملابس المعالج غير رسمية وأن يستخدم اللغة الدارجة اليومية ، ونظرا لأنه يفترض أن المعالج لا يكترث كثيرا بآراء الآخرين عنه ، بما فيهم العميل ، فإن المعالج يغلب أن يكون منفتحا واثقا من ذاته وأقل فى المظهر المهنى منه عن المعالج العادى . وقد يستخدم مسجلا ، كما يشجع العميل على أن يحضر مسجله الخاص ليأخذ التسجيل معه إلى المنزل لإعادة الاستماع إليه .

ولا تختلف العلاقات بين العميل والمعالج فى العلاج العقلانى – الانفعالى عنها فى معظم المدارس العلاجية الأخرى ، فالمعالج يكون غير رسمى ، وهو نشط يعطى آراءه الخاصة دون تردد ، يجيب عن الأسئلة المباشرة المتعلقة بحياته الشخصية ، وهو يتحدث كثيرا وبخاصة فى الجلسات الأولى ، وهو غالبا موجِّه فى العلاج الجماعى ، وقد ينخرط فى نفس الوقت فى شرح مستفيض وفى تفسير وفيما يشبه المحاضرة ، وقد يكون موضوعيا « باردا » قليل الدفء لا يظهر صداقة فى علاقته مع العميل ، وهو يقوم بنفس العمل الجيد مع عميل قد لا يميل إليه شخصيا ، لأن ما يهمه هو مساعدة العميل فى مواجهة مشكلاته الانفعالية أكثر من الارتباط به شخصيا . ونظرا لأنه ينزع إلى أن يتقبل تقبلا تاما (اعتبار إيجابى غير مشروط) كل الأفراد بصرف النظر عن سلوكهم ، فإنه يغلب أن ينظر إليه على أنه يظهر مشاعر دفء واهتمام بعملائه ، حتى إذا كان اهتمامه الشخصى بهم قليلا . وفى العلاج العقلانى – الانفعالى ، تعالج مقاومة العميل عادة عن طريق أن يظهر المعالج له أنه يقاوم التغيير فى نظرته وفى سلوكه ، لأن

التغيير شديد الصعوبة ، ولأنه يتمنى لو كانت هناك حلول سحرية سهلة لمشكلاته بدلا من العمل الشاق لتغيير ذاته . ولا تفسر هذه المقاومة عادة فى ضوء مشاعر العميل المعينة نحو معالجه وإذا حاول عميل من الجنس الآخر إغراء المعالج ، فإن ذلك لا يشرح غالبا فى ضوء مشكلات « الطرح » ولكن فى ضوء : (أ) حاجة العميل الشديدة إلى الحب ، (ب) التجاذب العادى قبل شخص يقدم المساعدة ، (ج) الرغبات الجنسية الطبيعية لشخصين بينهما اتصال عقلى – انفعالى وثيق . وإذا شعر المعالج بتجاوب شديد نحو العميل ، فإنه غالبا ما يعترف صراحة بذلك ، ولكنه يعود فيشرح لماذا تشكل إقامة علاقات جنسية صريحة بين المعالج والعميل أمرا غير خلقى وغير مفيد .

وتعالج معظم مشكلات العميل فى العلاج العقلانى – الانفعالى بنفس الأسلوب تقريبا . فمهما كان نوع المشكلة المقدمة أو السلوك المقدم ، فإن المعالج لا يظهر اهتماما زائدا أو مبالغا فيه بالمشكلة ، وهو لا يبذل جهدا أو وقتا كبيرين فى حث العميل على التعبير الكامل عنها أو عن الانفعالات المرتبطة بها ، ولكنه بدلا من ذلك يحاول أن يرى وأن يعالج الأفكار والفلسفات الأساسية الكامنة وراءها ، كما يحث العميل على أن يفعل نفس الشيء . وهذا هو ما يفعله إليس (٦ ، ص ١٩٦) فى البرامج الموجهة للمديرين الذين يعرضون مشكلات العمل والإدارة والتنظيم بالإضافة إلى المشكلات الشخصية . إذ يوضح لهم إليس أنه مهما كانت نوعية هذه المشكلات ، فإنهم يعانون من مشكلة حول المشكلة ، وأن هذه المشكلة (الإنفعالية أو الفلسفية) هى التى يحاول العلاج العقلانى – الانفعالى مساعدة العميل على حلها بسرعة – وعندئذ فالمرجح أن المدير سوف لا يجد صعوبة فى حل مشكلته الأصلية الموضوعية . والاستثناء الوحيد الرئيسى لهذه القاعدة هو فى حالة الفرد الذى يعانى من كف شديد أو دفاعية شديدة بحيث لا يسمح لنفسه بمشاعر ، والذى قد لا يكون لهذا السبب واعيا ببعض مشكلاته الكامنة . فمثلا ، رجل الأعمال الناجح قد يطلب المساعدة السيكولوجية فقط لأن زوجته تصر على أن العلاقة بينهما غير جيدة ، وهو يدعى أن لا شيء يضايقه غير شكوى زوجته . مثل هذا العميل قد يقتضى الأمر مواجهة المعالج أو الجماعة له كى يستطيع أن يرى أنه هو فعلا الذى يعانى من مشكلة. وقد تصلح جماعة الماراثون (وسوف نناقشها فى مقام آخر) لعلاج مثل هذه الحالة .

والانفعالات الحارة التى تظهر خلال العلاج العقلانى – الانفعالى مثل البكاء والسلوك الذهانى والتعبير العنيف عن نية الانتحار أو القتل ، تكون معالجتها بالطبع صعبة ، ولكن تساند المعالج فى هذا المجال فلسفته العقلانية فى الحياة وفى العلاج والتى تشتمل على الأفكار التالية ، (أ) انفجارات العميل تزيد فى صعوبة الأمور ولكن هذه الأمور ليست فظيعة ولا تشكل كارثة ؛ (ب) وراء كل انفجار انفعالى فكرة لا عقلانية . ما هى هذه الفكرة وكيف يمكن لفت نظر العميل إليها ؟ وما الذى يمكن عمله لمساعدته على التغيير ؟ (جـ) يصعب أن يوجد معالج يستطيع مساعدة كل عميل فى كل وقت . فإذا لم يمكن مساعدة عميل معين ، وتعين إحالته إلى جهة أخرى ، أو إذا فشل العلاج ، فإن ذلك يكون من سوء الحظ ، ولكنه لا يعنى أن المعالج قد فشل ، أو أنه لن يستطيع مساعدة الآخرين .

ويمكن علاج الاكتئاب الشديد بواسطة المعالج العقلانى – الانفعالى عن طريق أن يظهر له بسرعة وبعنف وفى أسلوب مباشر أنه هو السبب فى اكتئابه عن طريق لوم ذاته لشىء فعله أو لم يفعله ، وهذه الإدانة للذات لا تكشف فقط ولكنها تهاجم بعنف من قبل المعالج . وفى نفس الوقت قد يطمئن المعالج العميل وقد يحيله إلى علاج طبى مكمل ، وقد يتحدث إلى أقاربه وأصدقائه لكسب معاونتهم ، وقد يوصى بتخلى العميل مؤقتا عن بعض أعماله وأنشطته .

وعن طريق الهجوم المباشر والفورى على الانتقاص الزائد للذات من قبل العميل ، فإن المعالج قد يستطيع فى وقت قصير معاونة المريض الشديد الاكتئاب والذى تساوره النزعة إلى الانتحار .

ومن الواضح أن أصعب العملاء هم أولئك الذين يتجنبون بصورة مزمنة العلاج والذين لا يقومون بشىء لمساعدة أنفسهم والذين يتطلعون باستمرار إلى معجزة أو حل سحرى . ومثل هؤلاء العملاء يوضح المعالج لهم بقوة أن مثل هذا الحل السحرى لا يوجد ، وأنهم إذا لم يكونوا يريدون بذل جهد شاق للتحسن ، فإن من حقهم الاستمرار فى المعاناة ، ولكن يمكنهم الحياة بصورة أكثر متعة إذا عملوا لمساعدة أنفسهم عن طريق العلاج ، والذى يحسن أن يكون فى هذه الحالة علاجا جماعيا . والنتائج مع مثل هؤلاء المرضى تكون عادة غير مشجعة فى العلاج العقلانى – الانفعالى ، كما هو الحال فى الغالب بالنسبة لكل المدارس الأخرى ، إلّا أن المواظبة من جانب المعالج قد تتغلب على مقاومة التغير .

العلاج المختصر :

يهدف العلاج العقلانى – الانفعالى بطبيعته إلى أن يكون علاجا مختصرا . ويفضل بالنسبة للأفراد الذين يعانون من اضطرابات شديدة مواصلة العلاج الفردى والجماعى لستة شهور أو لعام على الأقل حتى تتاح لهم فرصة لممارسة ما يتعلمونه . ولكن بالنسبة للأفراد الذين لا يستطيعون لسبب أو لآخر مواصلة العلاج العقلانى – الانفعالى لأكثر من فترة قصيرة ، فإنه يمكن للعلاج أن يعلمهم خلال جلسة أو عشر جلسات طريقة «ABC» لفهم أى مشكلة انفعالية ، ولرؤية المصدر الفلسفى الرئيسى وكيف يبدأ العمل لتغيير اتجاهاته الأساسية المحدثة للاضطرابات . ويصدق ذلك بخاصة على الشخص الذى يعانى من مشكلة معينة مثل عداوة نحو رئيسة أو مثل عنة جنسية ، والذى لا يعانى من اضطراب عام . ذلك أنه يمكن علاج مثل هذا الفرد علاجا كاملا تقريبا خلال جلسات قليلة من العلاج العقلانى – الانفعالى ، ولكن حتى الفرد الذى يعانى من مشكلة شخصية ذات تاريخ طويل (مثل المرأة التى تغضب دائما من أى فرد يضايقها بما فى ذلك أطفالها) قد يمكن مساعدته فى علاج عقلانى – انفعالى مختصر ، وذلك بأن يشرح له بسرعة أن كل انفجاراته الانفعالية تنبع من أفكار أساسية قليلة لا عقلانية (مثل فكرة أن كل شيء يجب أن يكون سهلا وميسرا له) ، ويمكن أحيانا حثه على التخلى عن هذه الفكرة ونقضها بعنف . وفضلا عن ذلك ، فإنه بعد جلسات قليلة من العلاج يمكن غالبا للأفراد الذين يعانون من اضطرابات عميقة الجذور أن يحافظوا على استخدام الأسس التى تعلموها خلال هذه الجلسات وعلاج أنفسهم بمساعدة قراءات إضافية تدعم ما تحقق من تحسن . ويمكن فى هذا المجال استخدام التسجيل الصوتى للجلسة الكاملة ليستمع إليه العميل فى منزله أو فى مكتبه أو فى سيارته عدة مرات . ويساعده ذلك فى أن يرى بوضوح وبدقة مشكلاته والطريق العقلانى – الانفعالى لتناولها كما شرحها المعالج . والكثير من العملاء يجدون صعوبة فى الاستماع إلى ما يدور فى الجلسة وجها لوجه (بسبب القلق أو عدم الاستعداد للاعتراف بدلالات المشكلة أو بسبب سهولة تشتت انتباههم ، الخ) ولكنهم يستطيعون فهم الكثير من الاستماع إلى التسجيل الصوتى للجلسة . والأسلوب الثانى لمساعدة العميل على اختصار فترة العلاج هو عن طريق التقرير عن الواجب المنزلى الذى يعطى للعميل لتعليمه كيفية استخدام

الطريقة حين يواجه مشكلة انفعالية بين الجلسات . ويشتمل التقرير عن « الواجب المنزلى » Homework Report على جزئين ، الأول هو استمارة تحتوى على قائمة شطب يسجل فيها العميل المشاعر الانفعالية غير المرغوبة والأفعال والعادات غير المرغوبة والأفكار والفلسفات اللاعقلانية التى يخبرها ، ومقدار العمل الذى قام به لمكافحتها ونتائجه . ويشتمل الجزء الثانى من التقرير على عناصر نموذج ABC للعلاج العقلانى – الانفعالى مع أمثلة لكيف يمكن استخدامه لمواجهة مشكلاته الانفعالية الحالية .

ونورد فيما يلى ترجمة لهذا الجزء (٦ ، ص ١٩٥) مع الاحتفاظ بنفس الحروف الأبجدية الانجليزية المقابلة لكل سؤال .

A : الحدث المنشط : الذى خبرته حديثا والذى شعرت بالانزعاج أو بالاضطراب بخصوصه (أمثلة : « ذهبت إلى مقابلة سعيا وراء عمل » أو « صرخت زميلتى فى وجهى ») ....

rB : الاعتقاد العقلانى أو فكرتك عن الحدث المنشط (أمثلة : « سوف يكون من سوء الحظ إذا لم أقبل فى هذه الوظيفة » « كم يضايقنى أن تصرخ زميلتى فى وجهى ») .

iB : الاعتقاد اللاعقلانى أو الفكرة التى لديك عن هذا الحدث المنشط (أمثلة : « سوف يكون الأمر كارثة بالنسبة لى إذا لم أعين فى هذه الوظيفة ، سوف لا يكون لى قيمة بوصفى شخصا » « لا أطيق أن تصرخ زميلتى فى وجهى ، إنه لأمر فظيع أن تفعل ذلك معى ») .

C- : عواقب اعتقادك اللاعقلانى (iB) فيما يخص الحدث المنشط الذى ذكرته فى (A) سجل هنا الانفعال أو السلوك أو العاقبة الأكثر إزعاجا فى خبرتك الحديثة (أمثلة : « كنت قلقا » « كنت معاديا » « شعرت بآلام فى المعدة ») .

D. : المناقضة : المساءلة أو التحدى الذى يمكنك استخدامه لتغيير اعتقادك اللاعقلانى (iB) (أمثلة : « لماذا يكون الأمر كارثة ، وكيف سأصبح شخصا لا قيمة له إذا لم أعين فى هذه الوظيفة ؟ » « لماذا لا استطيع تحمل صراخ زميلتى فى وجهى ولماذا تكون هى فظيعة إذا فعلت ذلك ؟ » ......

cE : التأثير المعرفى أو الاجابة التى أعطيتها نتيجة المناقضة لاعتقادك اللاعقلانى (iB) (أمثلة : « لن يكون الأمر كارثة ولكنه مجرد سوء حظ إذا لم أعين فى هذه الوظيفة . عدم نجاحى فى المقابلة لن يجعلنى شخصا عديم القيمة » . « بالرغم من إننى لن أحب مطلقا أن تصرخ زميلتى فى وجهى ، إلّا أنه يمكن أن أتحمل ذلك ، وهى ليست فظيعة هى فقط أخطأت لصراخها فى وجهى ») .

bE : التأثير السلوكى أو نتيجة مناقضتك لاعتقادك اللاعقلانى (iB) (أمثلة : « شعرت بأننى أقل قلقا » « شعرت بعداوة أقل نحو زميلتى » « زالت آلام معدتى ») .

F : إذا لم تكن قد تحديت اعتقادك اللاعقلانى (iB) فلم لا ؟

G : الأنشطة التى تقوم بها الآن والتى تود أكثر ما تود أن تمتنع عن القيام بها ؟

H : الأنشطة التى لا تقوم بها الآن والتى تود أكثر ما تود أن تقوم بها ؟

I : الانفعالات والأفكار التى تود أكثر ما تود تغييرها ؟

J : الواجب (أو الواجبات) المنزلى المعين لك من قبل المعالج أو الجماعة أو من قبل ذاتك ؟

K : ما الذى قمت به فعلا لأداء هذا الواجب (أو الواجبات) المنزلى ؟

L : ارسم علامة أمام الفقرة التى تصف بها درجة قيامك بالواجب (الواجبات) المنزلى .

(أ) تقريبا كل يوم .... (ب) عدة مرات فى الاسبوع ..... (ج) أحيانا .... (د) نادرا ....

M : كم مرة فى الأسبوع الماضى عملت بوجه خاص لتغيير ومناقضة اعتقاداتك اللاعقلانية (iBs) ؟

N : ما هى الأشياء الأخرى المعينة التى قمت بها لتغيير معتقداتك اللاعقلانية والعواقب الانفعالية المزعجة ؟

O : ارسم علامة أمام الفقرة التى تصف مقدار القراءة التى قمت بها حديثا للمواد المتاحة عن العلاج العقلانى – الانفعالى

أ – مقدار كبير ... (ب) مقدار متوسط ... (ج) مقدار قليل أو لا شى ...

P : الموضوعات التى تود أكثر ما تود أن تناقشها مع المعالج أو مع الجماعة ؟

العلاج الزواجى والعلاج العائلى :

استخدم العلاج العقلانى – الانفعالى منذ البداية استخداما واسعا فى الاستشارات الزواجية وفى علاج المشكلات العائلية . وعادة تجرى مقابلة مع الزوج والزوجة معا (أو مع الرجل وصديقته) . ويستمع المعالج إلى شكوى كل منهما من الآخر ، ثم يحاول أن يوضح لكل منهما أنه حتى إذا كانت شكواه لها ما يبررها ، فإن انزعاجه بسببها ليس له ما يبرره ، ويعمل المعالج مع كل من الزوج والزوجة أو مع كليهما للإقلال من القلق والاكتئاب والشعور بالذنب ، وبخاصة العداوة – وهو يعقد معهما ما يقرب من أن يكون جلسة جماعية صغيرة ، وعادة عندما يبدأ الزوجان فى تعلم أسس العلاج العقلانى – الانفعالى ، فإنهما يصبحان أقل انزعاجا للخلافات بينهما ، ويزدادان قدرة على الاقلال من الخلافات بينهما وعلى زيادة التقارب والتفاهم . وبالطبع ، فقد يقرران أحيانا أنهما من الأفضل لهما الانفصال أو الطلاق ، ولكنهما فى الغالب يعملان على حل مشكلاتهما الفردية والجماعية والتصدى للاضطرابات الأساسية وتحقيق حياة زواجية سعيدة ويهتم المهالج أكثر ما يهتم بكل من الزوجين بوصفه فردا يمكن مساعدته فى مواجهة مشكلاته الانفعالية سواء قررا البقاء معا أو الانفصال أكثر مما يهتم بالزواج بوصفه مؤسسة اجتماعية .

وفى العلاج العائلى ، يغلب أن يقابل المعالج كل أفراد العائلة معا ، أو قد يقابل الأطفال فى جلسة والوالدين فى جلسة أخرى ، أو قد يقابل كلا منهم على انفراد . وعادة ما تعقد جلسات مشتركة لرؤية حقيقة التفاعلات بين أعضاء العائلة ولكن ذلك ليس هو البديل الوحيد وسواء على انفراد أو معا ، فإن المعالج يوضح للوالدين أهمية تقبل الأطفال والتوقف عن إدانتهم بصرف النظر عن سلوكهم ، وكذلك يتعلم الأطفال تقبل الوالدين والأشقاء حتى إذا كانت سماتهم مخيبة للظن . ويتكرر تعليم الأسس العامة للعلاج العقلانى – الانفعالى وفى مقدمتها تقبل الذات والآخرين ، وعن طريق تطبيق هذه الأسس تتحسن العلاقات العائلية وتستخدم فى هذا المجال القراءات (الببليوثرابى) ومنها مؤلفات إليس نفسه .

العلاج العقلانى – الانفعالى الجماعى :

يرى إليس أن العلاج العقلانى – الانفعالى يصلح بخاصة للموقف الجماعى ، إذ يتعلم كل أعضاء الجماعة كيف يطبقون أسسه على الأعضاء الآخرين فى الجماعة بحيث يستطيعون مساعدتهم على تعلم هذه الأسس بصورة أحسن والتدرب عليها تحت الاشراف المباشر من قائد الجماعة . وفى الجماعة تتوفر فرص أكبر لتطبيق الواجبات المنزلية (والتى يؤدى بعضها فى الجماعة ذاتها) وللتدريب على التأكيد الذاتى والانخراط فى لعب الأدوار والقيام بمخاطرات لفظية وغير لفظية والتعلم من خبرات الآخرين والتفاعل علاجيا واجتماعيا فى الجلسات وبعدها ولملاحظة سلوك الأعضاء بصورة مباشرة من المعالج ومن الأعضاء الآخرين بدلا من مجرد تقديم تقارير عنه بعد وقوع السلوك ، كما تيسر الجماعة للفرد الانخراط فى العمليات الجماعية الأخرى التى تصمم لدعم المشاركة الايجابية والتغيير الفلسفى الجذرى .

ورغم أن التركيز يكون على الفرد فى جماعات العلاج العقلانى – الانفعالى ، إلّا أنه يتعين فهم ديناميات الجماعة من حيث تأثيرها على تفكير ومشاعر وأفعال العميل : إذ يمكن استخدام المعايير الجماعية وأنماط الاتصال وأدوار القيادة الناشئة علاجيا أو يمكن أن تشجع التفكير اللا تواؤمى والأفعال والانفعالات اللاتواؤمية . فيحتمل مثلا أن ينشأ معيار جماعى لا يشجع المواجهة بين أعضاء الجماعة – ومن المهم أن يتنبه المعالج لذلك وأن يعلق عليه أو أن يحاول منعه . وتماسك الجماعة يمكن أن ييسر تحقيق الأهداف العلاجية أو يعوقها .

ميكانيزمات العلاج الجماعى : يستخدم إليس أساسا أسلوب الحوار المركز على عميل « محورى » focal فى اللحظة المعينة (٣٠ دقيقة بالضبط لكل عميل) . وقد يوجه أعضاء الجماعة رسائل مباشرة لهذا العميل ، وذلك للكشف عن الاعتقادات اللاعقلانية ومناقضتها ولتوجيه التعليمات إليه للاستمرار فى ذلك إلى أن يحدث التغيير ، وبعده بفترة منعا للرجوع إلى العادات القديمة فى التفكير . فمثلا ، إذا عبر عميل عن عدم سعادته لأن المرأة التى يحبها ترفضه ، يذكر له إليس أنه يتمسك بمطلب لا عقلانى فى الحب ، وأن الخطأ هو فى اعتقاده أنه يجب أن يحصل على حب المرأة وأنه يحتاج إلى هذا الحب وأنه لا يستطيع تحمل عدم الحب الذى يتطلبه .

ويتحدى إليس العميل بسؤاله : « أين الدليل على أنه يجب أن تحصل على حبها ؟ لماذا تحتاج إلى هذا الحب ؟ » كما يتحدى إليس أى إجابة من العميل بقوله : « إنك لا تحتاج إلى حبها . ليس هناك قانون فى العالم يقول أنك يجب أن تحصل على حبها . لا يوجد ما يسمى « يجب » فى هذا العالم » . ويطلب من العميل بعد ذلك أن يردد هذه الأسئلة والاجابات عنها لنفسه عدة مرات فى اليوم وبقوة ، وذلك بقصد أن يتخلى عن مطالبه اللاعقلانية وشعوره العصابى بعدم السعادة ، وهو الشعور الذى خلقه العميل لنفسه ، ويستخدم إليس ما يبقى من الدقائق الثلاثين ليقدم أسبابا أخرى وأمثلة لماذا لا يحتاج الناس إلى الحب رغم أنهم قد يرغبون فى ذلك ، كما يقدم له نصائح عملية عن كيف يقابل نساء جدد وأين ، بل وأن يرى أن رفض المرأة له قد يكون فرصة لتكوين علاقات جديدة .

وفى صورته النموذجية ، يبدأ العلاج الجماعى بتشخيص لمشكلات الفرد من خلال التعرف على معرفياته الأساسية وتقويماته وصعوباته الانفعالية وأنماطه السلوكية والترابط بينها ، وتتبع المناقشة الجماعية عادة نموذج ABC فيبدأ العميل المحورى عادة بتقديم مواد يمكن تصنيفها إما فى A (خبرات منشطة) أو C (عواقب انفعالية) وأحيانا قد تشمل عبارة واحدة كلا من C, A فى مشكلة معينة مثل : « شعرت بغضب شديد بالأمس حين تذمر زوجى لأن العشاء تأخر تقديمه » إذ تشمل هذه العبارة : سؤال الزوج عن سبب تأخر تقديم العشاء (A) والعداوة .(C) . ويشجع المعالج الجماعة على توجيه الأسئلة وعلى مناقشة حول C, A . فمثلا ، قد يكون السؤال « ما هى الأسباب لطلب هذا ؟ » (تعمق فى A) و « كيف أعلمتيه بإنك غاضبة ؟ » (تعمق فى C) ، وذلك بقصد التوضيح ومساعدة العضو الذى يجد صعوبة فى التعبير عن خبرات انفعالية . ويسأل المعالج عن التقويمات المعرفية التى قامت بها العميلة فى المثال السابق لعبارات زوجها (مثال : « لا يجب أن يضايقنى بسبب تأخر تقديم العشاء ») ، واستنكارها لذلك وعدم تحملها ، وشعورها بالعظمة « لا يحق له أن يتوقع منى أن أستجيب لطلباته ») . ومن ثم فإن أفكار العميلة عن الموقف تتضح تدريجيا ويتحدد دور هذه الأفكار فى شعور العميل بالاضطراب . ومن الممكن أن تنحرف الجماعة إلى مسالك غير مرتبطة بالتقويمات المعرفية للعميل كأن تشارك العميلة فى ذم زوجها (وهو أمر لا علاجى) وأن تقدم النصائح لها بتنظيم أوقاتها . ومهمة المعالج الخبير هى تجنب ذلك . ويتعلم أعضاء

الذاتية . ومن الأفضل فى حالات معينة الجمع بين الجنسين فى الجماعة بقصد التدريب على معالجة القصور فى المهارات الاجتماعية .

ويجلس الأعضاء فى شكل دائرة فى مكان مناسب تتوفر فيه فرص الحركة والخصوصية . ويتراوح حجم الجماعة من ٦ (كحد أدنى) إلى ١٣ (كحد أقصى) مع معالج مشارك أو معالجين اثنين يتسمان بالخبرات التدريبية والعمل لمشاركة كل أعضاء الجماعة . وقد تكون الجماعة مفتوحة أو مقفولة النهاية . ويغلب أن تكون جماعات إليس من النوع الأول ، وقد تستمر عددا من السنين يتغير فيها الأعضاء باستمرار . أما النوع الثانى فتتراوح مدته من ٦ إلى ١٢ اسبوعا حسب غرض وحجم الجماعة . ويغلب أن يكون اجتماع الجماعة مرة فى الأسبوع ، إلّا أن الفترة قد تكون أطول بقصد إعطاء الفرصة لتجريب السلوك الجديد والخبرات التصحيحية . وتستخدم نماذج للواجبات المنزلية أو قد تستكمل هذه الواجبات فى الجلسة . كما تستخدم السبورة وتسجيلات الفيديو والتسجيلات الصوتية ليستمع لها العضو بين الجلسات مع التحذير الذى بمراعاة السرية .

ويتعين أن يكون المعالج قد تلقى تدريبا بواسطة معالج من الثقات . وتشمل المهارات المطلوبة فى المعالج : تقييم مشكلات العميل بما فى ذلك الميكانيزمات الدفاعية التى يستعين بها ضد التغيير ؛ القدرة على التعاطف الوجدانى مع العميل ؛ المعرفة بوسائل تناول العلاقات بين المعالج والعميل ؛ إرادة العمل النشط والموجه للعملاء ، وتحديد بنية الجلسة ؛ والمرونة الكافية لتغيير الأسلوب ليناسب الموقف ؛ الذكاء والمعرفة العريضة بالعلاج النفسى ؛ المثابرة ، الاهتمام بمساعدة الآخرين والتحرر من التفكير البراجماتى ، وأخيرا الخبرة الشخصية بالعلاج العقلانى – الانفعالى .

ويلتزم المعالج بأخلاقيات المهنة والمطالب القانونية للاشتغال بها فى البلد المعين ، وعدم إيذاء العميل عن معرفة ، والمحافظة على السرية ، وتجنب الأفعال المخلة بالآداب العامة ، ومنع إيذاء الأعضاء كل منهم للآخر ، وتصحيح الخطأ عند وقوعه وتحذير الأعضاء من عدم احترام السرية وطرده من الجماعة إذا تطلب الأمر ذلك .

جماعات اللقاء المواجه « الماراثون » : بالرغم من أن العلاج العقلانى – الانفعالى من أكثر المدارس العلاجية اهتماما بالجوانب المعرفية ، إلّا أنه يمكن أن يعدل بنجاح طبقا لتقدير إليس إلى ما يسميه « لقاء مواجه عقلانى فى نهاية

الأسبوع » «A weekend of rational encounter» وتقضى الساعات الأولى من هذا الماراثون العقلانى – الانفعالى فى جعل أعضاء الجماعة ينخرطون فى سلسلة من التدريبات الموجهة الهادفة إلى أن يعرف كل منهم الآخر معرفة وثيقة ، وأن يتصلوا معا اتصالا لفظيا وغير لفظى ، وأن يتحدثوا عن بعض خبراتهم المثيرة للخجل ، وأن يقوموا بمغامرات غير مألوفة ، وأن يخبروا المواجهات الفردية العميقة . وفى هذه الساعات الأولى ينحى جانبا وعن عمد « حل المشكلات » . وحين يتعرف أعضاء الجماعة بعضهم على البعض الآخر ، ويتخلون عن بعض دفاعاتهم ، تقضى ساعات طويلة فى الخوض فى أعمق مشكلاتهم بالأسلوب المعتاد فى العلاج العقلانى – الانفعالى بحيث يستطيع الأعضاء فهم المصادر الفلسفية لمشكلاتهم الانفعالية وكيف يستطيعون تغييرها بأنفسهم عن طريق تغيير الجوانب المعرفية .. وكذلك تمارس بعض التمارين اللفظية وغير اللفظية لتشجيع المواجهة والعلاج المتعمق . وتعطى واجبات منزلية معينة لكل عضو فى الجماعة ، وأخيرا تمارس بعض تمارين ختامية .. ويستغرق الماراثون الكلى ما بين ١٤ ، ٢٤ ساعة ، ويعقد عادة لقاء آخر لعدة ساعات بعد ستة أو ثمانية أسابيع من اللقاء الأول للتحقق من التقدم ومن أداء الواجبات المنزلية ومن الموقف الانفعالى الحالى . وفى بعض الحالات قد يوصى بعلاج للمتابعة ويقوم هذا العلاج . ويقرر إليس أن الخبرات تؤكد أن مثل هذا النوع من العلاج يكون عادة خبرة سارة ومفيدة لأعضاء الجماعة .

المنهج العقلانى – الانفعالى والمناهج الأخرى :

يرتبط العلاج العقلانى – الانفعالى ارتباطا وثيقا بالمناهج المعرفية فى العلاج ، ويتفق فى جوانب منه بنظرية جورج كيللى فى « **المركبات الشخصية** » **Personal Constructs** وتمتاز هذه النظرية الأخيرة بأنها تربط بين المنهج الظواهرى وبين منهج التعلم الاجتماعى . وهى نظرية بالغة التعقيد ، ولكنها تقوم على أساس افتراض رئيسى هو أن السلوك الإنسانى يتحدد بواسطة ما أسماه جورج كيللى « المركبات الشخصية » أو طرق استباق أو توقع العالم . أى أن الفرد يسلك طبقا لتوقعه الفريد عن عواقب السلوك (وهى نظرية قريبة من نظرية روتر) ، ومن ثم فإن مركبات الناس أو توقعاتهم عن الحياة تكون واقعهم وتوجه سلوكهم . فمثلا ، قد يعتبر الفرد سكينا حادة شيئا خطرا قادرا على إحداث أذى كبير . ويؤدى هذا التوقع إلى سلوك

الجماعة النموذج الذى يستخدمه المعالج لا عن طريق الخبرة بتشخيص المشكلة فقط ولكن أيضا عن طريق التعليم المباشر بان الاعتقادات اللاعقلانية تخلق خبرات انفعالية سلبية .

ومن الميكانيزمات أيضا « الواجبات المنزلية » والتي يطلب من الأعضاء القيام بها فى الفترة بين الجلسات ، ويقصد بها إليس تشجيع الأعضاء على المناقضة المعرفية لاعتقاداتهم اللاعقلانية بقوة وحماس . كما يشجع الأعضاء على قراءة الكتب الملائمة ومنها كتب إليس وتوزع استمارات يسجل فيها العضو الاعتقادات اللاعقلانية وينقضها فورا . وهى تتبع نموذج disputing: D) ABCDE أى المناقضة ؛ effects of disputing E أى تأثيرات المناقضة) . ويعتقد إليس أن قيام مناخ يتسم بالدفء والمساندة وتبادل الثقة فى الجماعة ليس فى حد ذاته علاجيا وهو لا يشجعه خوفا من أن يشجع ذلك ، الشخص على التمسك بالاعتقادات اللاعقلانية .

الممارسات : لا يكاد يرفض إليس أحدا من المتقدمين للعلاج بعد إجراء مقابلة انفرادية معه فى البداية يخيره فيها بين أن يراه فى جلسة انفرادية أخرى أو أن ينضم إلى إحدى الجماعات العلاجية ، وفى الجلسة الأولى يقدم للعضو نموذج ABC فى إطار مشكلته الحاضرة ، ويصنف إليس الناس إلى فئات : عادى ، عصابى ، بينى وذهانى – ويبدو أن الكثيرين من أعضاء جماعاته العلاجية من الذهانيين أو من ذوى الشخصيات البينية أو ممن يعانون من مشكلات شخصية حادة . ولذلك فقد يستمر عدد منهم فى الجماعة دون تحسن لسنين . والأسلوب الشائع هو أسلوب إليس الذى يركز على مناقضة الاعتقادات اللاعقلانية . وعادة تعقب الجلسة الرئيسية جلسة تالية يديرها معالج مشارك وتحدد فيها « الواجبات المنزلية » . وقد بدأ حديثا الاهتمام بالجماعات « المقفولة النهاية » والقصيرة الزمن والتى تشكل لعلاج مشكلات متجانسة معينة مثل مشكلات الحداد والاكتئاب والقلق الاجتماعى ومنها التحدث للجمهور ومشكلات الوالدية والأدمان وهذه تكون عادة لست إلى ثمان جلسات تليها جلسات متابعة تعقد بدون المعالج . وتبدأ هذه الجماعات عادة بمدخلات تربوية مكثفة مثل قراءات وتقديم معلومات ويحاول المعالج التركيز قدر الامكان على الموضوع – وقد يجمع بين العلاج العقلانى –الانفعالى وبين مناهج أخرى مثل المنهج الطبى فى علاج الإدمان .

والمعالج مهنى محترف يتحمل مسئوليات أخلاقية فى المجال العلاجى ، ومنها تهيئة البنيان الملائم للخبرة الجماعية ولجهود حل المشكلات . وأعضاء الجماعة مسئولون عن تقديم مضمون كل جلسة . والقائد ليس مجرد ميسر للعملية الجماعية تقتصر مهمته على خلق الظروف لتحقيق النمو الايجابى لإمكانيات الأعضاء ، وهو فى نفس الوقت ليس عضوا فى الجماعة فليس من حقه الخوض فى مشكلاته أو تكوين علاقات خاصة مع الأعضاء خارج جلسة العلاج . بل إنه يلعب دورا نشطا فى كل جلسة بوصفه معلما معالجا ، إلّا إذا اختار أن ينسحب من المناقشة وأن يمارس دوره كمدرب coach . ويحرص المعالج على ألا يحتكر الجماعة فرد واحد أو أكثر أو أن يشيع الاضطراب فى صفوفها وألا تسىء عبارات لا علاجية تصدر عن الأعضاء إلى التقدم العلاجى . وتدار مناقشات الجماعة بطريقة دبلوماسية إلى مجالات منتجة . وحين يعمل المعالج بوصفه مدربا ، فإن أعضاء الجماعة يتحملون مسئولية حل المشكلات الشخصية التى يقدمها العضو المحورى ، والإفادة من خبرة الجماعة وتطبيق النموذج العلاجى بطريقة مفيدة . ويمكن للمعالج أن يتدخل حين تنحرف الجماعة عن مسارها أو حين يضعف أداؤها . كما يكون المعالج متنبها لاحتمالات الانخراط فى حلول عملية بدلا من محاولة حل الصدمات أو المعرفيات السيكولوجية . والمعالج مسئول أيضا عن التفاعلات الانفعالية التعبيرية داخل الجماعة بالرغم من أن الاهتمام الرئيسى فى العلاج العقلانى – الانفعالى هو التوجه نحو المهمة والتركيز عليها . والعميل يطلب منه الموافقة مبدئيا على قبول التحويل إلى العلاج الفردى أو العكس أو إلى العلاج الطبى إذا تطلب الأمر ذلك ، وهذه هى مسئولية المعالج فى العلاج الفردى وفى الإحالة .

ويتوقف اختبار أعضاء الجماعة وتكوينها على أغراض الجماعة – فهى غالبا جماعة ذات أغراض عامة ، ولكن لا يقبل بها عادة الأشخاص الذين يحتمل أن يثيروا الاضطراب فى صفوف الجماعة بسبب ذهان أو بسبب كثرة الكلام ، (وهو ما يكتشف عادة فى المقابلة الأولى الانفرادية) . فهؤلاء يحالون إلى العلاج الفردى . إلّا أنه يمكن تكوين جماعات لأغراض خاصة تركز على فئة تشخيصية معينة مثل الاكتئاب أو على موضوع معين مثل مشكلات المرأة أو الخوف من الطيران . والأولى تتطلب تقييما سيكولوجيا يستعان فيه بالاختبارات ، والثانية قد يكفى فيها الاحالة

حذر بالنسبة للسكاكين الحادة . ونظرا لأن مثل هذا السلوك يعكس توقعا صحيحا لعواقب الإهمال ويجنب الفرد فعلا أخطار الحوادث ، فإن مركب « السكاكين الحادة خطرة » يكتسب الصدق . وإثبات صدق المركبات الشخصية هو فى نظرية كيللى ، الهدف الأكبر لكل كائن إنسانى. فالسلوك الانسانى لا يعكس رغبات غريزية أو تأثيرات التدعيم الخارجى أو نزعات استجابات متعلمة ، ولكنه يعكس محاولات الفرد خلع معنى على العالم كما يراه (أى التوقع الصحيح) ويحاول كل فرد أن يكون على صواب فيما يتعلق بالظاهرة التى نعرفها باسم الحياة . وبعبارة أبسط ، فإن الفرد يشعر بارتياح نتيجة الفهم أكبر مما يشعر به نتيجة الارتباك . وطبقا لنظرية كيللى ، فإن السلوك المشكل ينتج حين تنشأ لدى الفرد مركبات خطأ غير دقيقة . فمثلا ، الفرد الذى ينظر لكل شىء فى الحياة على أنه إما طيب وإما غير طيب سوف يواجه مشكلات لأنه لا يمكن وضع كل الموضوعات والأشياء والأحداث على هذا البعد دون تحريف أو دون تعميم زائد . ومثل هذا الشخص يغلب أن ينظر إليه على أنه أنانى وانطباعى وضعيف الحكم على الشخصية ، ويغلب أن تكون علاقاته مع الآخرين علاقات عاصفة. والتشابه واضح بين نظرية جورج كيللى ونظرة أنصار نموذج التعلم الاجتماعى فى الاطار المعرفى ، فهما يقومان جزئيا على أساس الاهتمام المشترك بدور النشاط المعرفى فى تحديد السلوك الظاهر وعلى أساس حقيقة أن كيللى يرى أن الناس قادرون على تعلم تغيير مركباتهم الشخصية ، وبالتالى أنماط الاستجابة الصادرة منها . وتمزج هذه الفكرة الأخيرة بين المفاهيم المعرفية والظواهرية وبين مبادىء التعلم الاجتماعى ، وهو المزج الذى نتجت عنه نماذج علاجية مختلطة ، أولا من قبل كيللى نفسه ، وبعد ذلك من قبل آخرين فى مقدمتهم إليس .

وطبقا لنظرية كيللى ، فإن خبرة القلق تنتج عن وعى الفرد بإنه يقوم بتنبؤات خطأ عن الأحداث ولا تتوفر لديه بدائل فى إطار مجموعة مركباته الشخصية لتحل محلها . وطبقا لإليس ، فإن القلق ينتج عن انتقاص للذات متوقع (قلق الأنا) أو قلق عدم الارتياح . ومفهوم كيللى عن « التهديد » قريب من مفهوم قلق الأنا لدى إليس . فالتهديد هو وعى بتغيير شامل كبير فى الأبنية المحورية التى تحكم إحساس الفرد بهويته الشخصية وتكامله . وكل من منهج كيللى وإليس منهج لا تاريخى فى النظر إلى الشخص والاضطراب ، وكذلك فإن التنبؤات عن الأحداث والتوقعات مفاهيم هامة فى نظريات باندورا وروتر . ويتعلم الفرد التوقعات إما خلال خبرة

مباشرة أو وسائط بديلة مثل إصابة أو فشل وهكذا ينشأ القلق ، ومن خلال أداء سلوك جديد يتعلم الفرد أن يدافع أو أن يواجه بكفاءة وسائط أكبر وهكذا يتعلم توقعات جديدة عن أدائه .

ويتفق إليس وفرويد فى تأكيدهما على مبدأ اللذة والغرضية فى الدافعية وعلى الضبط العقلانى للانفعالات . ولكن فرويد يرى أن القلق العصابى هو نتيجة تهديد دفعات الهو واندفاعها فى الشعور ، بينما يرى إليس أن مصدرها هو المطالب اللا عقلانية . ويرفض إليس فكرة فرويد عن محددات الطفولة لسلوك الراشد وكفاية الاستبصار لتغيير السلوك والنموذج المحدد البناء للاشعور ، ويعزف العلاج العقلانى – الانفعالى عن التداعى الحر وعن جمع المعلومات الكثيرة عن التاريخ الماضى للعميل ، كما يعزف عن تحليل الأحلام ، إذ أنها تبعد العميل إلى متاهات جانبية وليس لها تأثير . ولا يهتم العلاج العقلانى – الانفعالى بالأصول الجنسية المفترضة للاضطراب ، أو بعقدة أوديب . وعندما يحدث الطرح فى العلاج النفسى ، فإن المعالج يغلب أن يهاجمه لا أن يشجعه ، وذلك عن طريق أن يظهر للعميل أن ظاهرة الطرح تنزع إلى أن تنشأ عن المعتقدات اللاعقلانية للعميل بأنه يتعين أن يكون محبوبا من المعالج (ومن الآخرين) وأنه لكى يتحرر من اضطرابه ، فإنه يتعين أن يتخلص من هذا الاعتقاد السخيف – وبالرغم من أن العلاج العقلانى – الانفعالى أكثر قربا من مدارس التحليل النفسى الجديدة مثل مدارس هورنى وفروم وشتيكل وساليفان وألكساندر عن مدرسة فرويد ، إلّا أن المعالج العقلانى – الانفعالى يستخدم قدرا أكبر بكثير مما تستخدمه هذه المدارس من الاقناع ومن التحليل النفسى ومن الواجبات المنزلية النشطة ومن الأساليب الموجهة ، وهو يفعل ذلك على أسس نظرية بالإضافة إلى الأسس البراجماتية أو التوفيقية .

ولا يتفق العلاج العقلانى – الانفعالى إلّا قليلا جدا مع مفهوم اللاشعور لدى فرويد ويونج وغيرهما من أصحاب النظريات السيكودينامية ، ولكن يعتقد أن الإنسان لديه عدة أفكار ومشاعر أو حتى أفعال يكونون غير واعين بها إلا قليلا جدا أو غير واعين بها كلية . وهذه الأفكار والمشاعر « اللاشعورية » تكون فى الغالب تحت مستوى الشعور بقليل وهى لا تكون غالبا مكبوته كبتا عميقا ، ويمكن إرجاعها للشعور بقدر بسيط من التساؤل الموجه عقلانيا – انفعاليا . فإذا كان العميل مثلا غاضبا من زوجته بقدر أكبر مما يعيه ، وإذا كان الدافع إلى غضبه بعض

أفكار عظمة لاشعورية ، فإن المعالج العقلانى – الانفعالى (وهو على وعى بهذه المشاعر والأفكار اللاشعورية للعميل ، طبقا لنظريته وحين يقدم له العميل دليلا معينا على احتمال وجودها ، يمكنه عادة أن يقود العميل إلى : (١) افتراض أنه غاضب من زوجته وأن يبحث عن برهان لاختبار هذا الفرض ، (٢) أن ينظر إلى أفكار العظمة كلما شعر بالغضب وأن ينظر فيما إذا كانت هذه الأفكار غير موجودة حقيقة لديه . وفى غالب الحالات ودون اللجوء إلى التداعى الحر أو تحليل الأحلام أو تحليل علاقة الطرح أو التنويم أو غير ذلك من الأساليب التى يفترض عمقها فى الكشف عن العمليات اللاشعورية ، يمكن للمعالج العقلانى – الانفعالى أن يكشف عن هذه العمليات فى فترة قصيرة قد لا تتجاوز الدقائق ، وهو يظهر للعميل باستمرار الاتجاهات والاعتقادات والقيم التى يتمسك بها عميله لا شعوريا ، وهو بالإضافة إلى ذلك يعلمه طرق إظهار هذه الأفكار فى الشعور بسرعة وأن ينقضها حين لا تتفق معه معرفيا وانفعاليا وبذلك يقلل أو يتحرر منها .

ويشارك العلاج العقلانى – الانفعالى فى الكثير من سيكولوجية آدلر ، ولكنه يبتعد ابتعادا كبيرا وراديكاليا عن الممارسة الآدليرية التقليدية فى تأكيد أهمية : ذكريات الطفولة الأولى المبكرة ، العلاقة بين المعالج والعميل ، تحليل الأحلام ، والإصرار على أن مصلحة المجتمع هى لب التأثير العلاجى . كما أن العلاج العقلانى الانفعالى هو من ناحية أخرى أكثر تخصيصية من علم النفس الفردى لآدلر فى الكشف عن الاعتقادات المتمثلة داخليا والعيانية للعميل وتحليلها والهجوم عليها ، وهى الاعتقادات التى تؤكد للعميل خلق واستمرارية اضطرابه .

ويتفق العلاج العقلانى – الانفعالى مع نظرية يونج فى العلاج فى جوانب كثيرة وبخاصة فى النظرة الكلية إلى العميل بدلا من النظرة التحليلية فقط ، وفى النظر إلى هدف العلاج بوصفه نمو العميل وتحقيق إمكانياته بالإضافة إلى تحريره من أعراض الاضطراب وفى تأكيد فرديته وتحقيقه لما يريده هو حقيقة . ولكن العلاج العقلانى – الانفعالى يختلف فى ممارساته عن العلاج فى إطار نظرية يونج لأن هذا الأخير هو كما يقول محلل فى ممارسته للعلاج النفسى ، يعتمد على تحليل الأحلام والأخيلة والرموز والمحتويات الميثولوجية والطرز الغاربة لتفكير العميل ، وهو ما يعتبر فى العلاج العقلانى – الانفعالى مضيعة للوقت والجهد لأن هذه الأساليب غير فعالة

فلا تظهر للعميل افتراضاته الفلسفية الأساسية ولا تتحداها أو تغيرها لأنها هى التى تخلق الاضطراب .

ورغم التشابه فى الأهداف ، إلّا أن العلاج العقلانى - الانفعالى يقع على الطرف النقيض فى الأساليب من العلاج الروجيرى ، ذلك أن إليس يصر على الاعتماد على الذات فى القضايا الخلقية وعلى عدم اللوم الخلقى للذات أو لذات الآخرين وتسامحا فى النظر إلى الواقع ، بينما يعتقد روجرز أن الإنسان جيد وخير بالطبيعة وأن ذلك يؤدى إلى قرارات صحيحة واعتبار للذات دون فرض شروط لاحترام الشخص وتقييمه . فكل من روجرز وإليس يؤكد على صورة الذات فى نظريتهما فى الاضطرابات . ويؤكد روجرز ومثله فرويد ، على الدور المركزى للوعى بالتهديد . ولكن التهديد فى نظرية روجرز هو أن يصبح الفرد واعيا بالتناقض بين الذات الحقيقية الظاهرة والذات المثالية التى يخلقها الفرد من ظروف الاستحقاق (القيمة) التى يفرضها الآباء وغيرهم . ويقرب كثيرا من ذلك مفهوم إليس من حيث أن المطالب اللاواقعية يجب تحقيقها قبل أن يحس الفرد بقيمته وإلّا أصابه القلق . ومنهج روجرز هو الاكتساب التدريجى لاعتبار الذات مع تناقص ظروف الاستحقاق ، بينما يتمثل المنهج العقلانى - الانفعالى فى تنشيط قيام فلسفة لتقبل الذات ، وعدم شرعية مقاييس التقدير الذاتى وتحدى الناس لإثبات صدق تعبيراتهم المبنية على مقاييس تقدير الذات بمختلف صورها . ويقلل إليس من أهمية خبرات الطفولة ويرى أن الناس يعلمون أنفسهم مخططات التقدير الذاتى وأنها غير مفروضة من الخارج . وهو يرفض مفهوم روجرز فى ضرورة إقامة علاقة دافئة مع العميل بوصفها شرطا لنجاح العلاج ، بل إنه يرى على العكس أن ذلك قد يدعم المطلب اللاعقلانى للقبول .

ويتفق بيرن فى التحليل العبر - تفاعلى مع إليس من حيث أن كليهما معرفى . ويسعى المنهجان إلى مساعدة الناس على الوعى بمعرفياتهم . إلّا أن العلاج العقلانى - الانفعالى يؤكد على « الحوار الداخلى » بينما يؤكد التحليل العبر - تفاعلى على الحوار البينشخصى . ورغم ذلك فإنه يمكن ترجمة الكثير من مفاهيم العلاج العقلانى - الانفعالى بلغة التحليل العبر تفاعلى . فالتعبير « يجب » اللاعقلانى يمكن اعتباره حالة « أنا الوالد » وتعبيرات « يجب » اللاعقلانية حول الإشباع المباشر هى حالة « أنا الطفل » بينما تتماثل الاعتقادات العقلانية مع حالة « أنا الراشد » . ويشرح

بيرن القلق على أساس موقف الحياة «NOTOK» نتيجة نقص الاستجابة للحاجات الاعتيادية فى مرحلة الطفولة . وهو موقف يخلق القلق حين يركز الفرد على المستقبل وينمى توقعات سلبية . وقد يشير إليس بنفس المعنى إلى مثل هذا الشخص بأنه يقلل من ذاته ، ويتوقع الرفض ويفشل بسبب النقص المفترض فى كفاءته ولكن إليس يرفض المفاهيم الارتقائية ، ويفضل عليها مفاهيم بيولوجية يتعلم الفرد فى إطارها الاعتقادات اللاعقلانية .

ويؤكد على المسئولية الفردية والزمان والمكان الحاليين لكل من العلاج العقلانى - الانفعالى والتحليل العبر - تفاعلى وروجرز والعلاج الجشتالتى فى الوقت الذى تشارك فى نفورها من « يجب » . ويختلف بيرلز وإليس فى أن الأول يهتم بالانفعال وينظر نظرة معادية للفكر ويرى أن القلق ينتج حين يخاف الشخص من عدم تلقى العون الخارجى الذى يحتاجه أو من فقدانه ، لأنه ينقصه التكامل ، أى لأنه يتصل فقط بجزء من ذاته . وعلى العكس يهتم إليس بالفكر العقلانى ويرى أن الانفعال شىء يتعين الاقلال منه أو الغاءه (٢٠ ، ص ١٧٤) . وبينما يرى بيرلز أن الوعى الذاتى والتكامل ينتجان الوحدة الكلية والكفاية الذاتية التى تلغى القلق ، يفترض إليس أن تقبل الذات والتفكير العقلانى يحققان نفس النتيجة .

والعلاج العقلانى - الانفعالى هو وجودى أو ظواهرى فى جوانب كثيرة ، حيث أن الأهداف العقلانية - الانفعالية تشترك مع الأهداف الوجودية العادية فى مساعدة العميل على تعريف حريته هو وتأكيد فرديته وأن يعيش فى حوار مع زملائه وأن يتقبل خبراته هو بوصفها أعلى سلطة وأن يكون حاضرا فى اللحظة وأن يتعلم تقبل الحدود فى الحياة . إلّا أنه فى تقدير إليس ، فإن الكثير ممن يصفون أنفسهم بإنهم معالجون وجوديون يتعصبون ضد تكنولوجية العلاج النفسى وضد أى نوع من التوجيه بينما يستعين المعالج العقلانى الانفعالى بالتحليل المنطقى والأساليب الواضحة (بما فى ذلك بعض إجراءات تعديل السلوك) بالكثير من التعليم والتوجيه من قبل المعالج . ولذلك ، فإن العلاج العقلانى الانفعالى أكثر قربا من الطرق النشطة التى يستخدمها بعض الوجوديين مثل فرانكل عما هو إلى الطرق الأكثر سلبية التى يستخدمها وجوديون مثل ماى .

ويشترك العلاج العقلانى – الانفعالى فى الكثير مع العلاج عن طريق التعلم الاشراطى أو تعديل السلوك كما يراه أيزنك وتلامذته ؛ وتلامذة سكينر مثل فرستر ؛ وفولبى وزملائه . إلّا أن الكثير من العلاجات السلوكية تهتم أساسا بإزالة الأعراض وتهمل الجوانب المعرفية فى الإشراط وإزالته ، ولذلك فإن العلاج العقلانى – الانفعالى أكثر قربا من أساليب المدى العريض لتعديل السلوك والتى يمثلها باندورا وفرانكس ولازاروس وميشينباوم .

ولا يتفق العلاج العقلانى – الانفعالى مع آراء جليسر فى « العلاج على أساس الواقع » ومع آراء غيره ممن يصرون على أن كل الناس لديهم عدة حاجات أساسية أو ضروريات وبخاصة الحاجة إلى التأييد والنجاح وأنه إذا أعيق إشباع هذه الحاجات ، فإن الفرد لا يمكن أن يتقبل ذاته أو أن يكون سعيدا . ويفكر العلاج العقلانى – الانفعالى فى المقابل فى إطار رغبات أو نزعات إنسانية تصبح حاجات فقط إذا عرفها الناس كذلك خطأ .

نقد العلاج العقلانى – الانفعالى والعلاج المعرفى :

يرى ويسلر وهانكين (١٠ ، ص ١٧٠) أن نموذج ABC لا يشكل نظرية كاملة للشخصية ، فهى لا تغطى كل مراحل نمو الشخص وارتقائه ، وتنقصها البنية المولدة للافتراضات ، ولم تسمح باستخراج فروض قابلة للتحقيق الأمبريقى على يدى إليس أو غيره . وحين يدعى إليس أن ٨٠٪ من تباين السلوك الإنسانى يستند إلى أسس بيولوجية فإنه لا يقدم دليلا أمبريقيا على ذلك .

ولم تكتمل بعد النظريات المرتبطة بالأنواع الأخرى من العلاج المعرفى . ويخلص ويسلر وهانكين من عرضهما للموقف النظرى للعلاج العقلانى – الانفعالى إلى أنها نظرية فى الاضطرابات أكثر منها نظرية فى الشخصية . ولكنهما يستثنيان من هذا النقد نظريتى باندورا وروتر فى التعلم الاجتماعى ، إذ تؤكد كل من النظريتين على أهمية المتغيرات المعرفية وتقدم بيانات من البحوث تؤكد النظرية .. فمثلا ، يحدد باندورا استراتيجيات معينة للعلاج ممتدة بين نموذج تعديل السلوك ويؤكد على أن تغيرات معرفية يغلب أن تحدث حين يؤدى الشخص سلوكا جديدا ويلاحظ كفاءته وكفايته . ورغم أن ويسلر وهانكين يتفقان مع إليس على أن المبالغة فى التقويمات التى

يستمدها الناس من تمثيلاتهم المعرفية للواقع ، هى التى تتوسط معظم الاستجابات الانفعالية ، إلّا أنهما يختلفان معه فى طريقة التعديل المعرفى المطلوب ، فهما يحاولان مساعدة العميل على الكشف عن خبراته اللاشعورية وذلك باستخدام الأخيلة الموجهة لتوضيح معرفيات العميل والارتباط بين المعرفة والوجدان والسلوك . وتُخلق مواقف لأعضاء الجماعة يتخيلون فيها خبرات جديدة وإعادة تقييم لأفكارهم نتيجة لذلك . وبذلك يتوقع أن تزداد دافعية الفرد للتغيير والالتزام مما يزيد فى جاذبية المسار المختار للفعل (٢٠ ، ص ١٧٧) . ورغم أنه لا يفترض فى العلاج العقلانى – الانفعالى قيام علاقة خاصة بين المعالج والعميل أو بين المعالج وأعضاء الجماعة ، إلّا أن ويسلر وويسلر حاولا تحديد ما يكون تحالفا علاجيا فعالا ، يقوم فيه القائد بدور نشط وموجه توجيها مباشرا ويركز فيه على الفرد ولا يحاول دمج الأعضاء فى بنيان جماعى متماسك . ولقيام هذا التحالف يحتمل أن يتطلب أن يدرك العميل المعالج أن له مصداقية ، وأن يتقبل المعالج العميل بوصفه شخصا . وتتحقق المصداقية من خلال إظهار المعالج لخبرته وقيمته وسمعته وتأهيله . ويقدم المعالج نموذجا للجماعة ويحاول بناء مناخ علاقات دافىء ومتعاطف مع أعضاء الجماعة .

ويعترف ويسلر وهانكين بقيمة الطرق المباشرة فى تعليم أسس العلاج العقلانى – الانفعالى ولكنهما يفضلان استخدام الطرق الخبروية غير المباشرة والتى تهيىء فرصة المشاركة فى عملية التعلم (بدلا من الاستماع أو القراءة) وبذلك يمكن تمثل المعلومات الجديدة . وتشمل هذه الطرق التمارين والمباريات والأخيلة الموجهة ، ومنها مثلا أن يشجع المعالج أعضاء الجماعة على الاسترخاء وأن يتخيل كل منهم نفسه فى رحلة لزيارة منزل صديق فى الريف استجابة لدعوة منه . وبعد أن يصل لا يجد العائلة فى المنزل فى ذلك الوقت حيث كان أفرادها فى الخارج . ثم يدخل إلى غرفة الضيوف ويسكب كل ما فى انبوبة معجون الأسنان على أرضية وحوائط الحمام ؛ ثم يطلب المعالج من أعضاء الجماعة أن يكشف كل منهم عما يخبره فى ذلك الوقت . وسوف يجد أن البعض يعبر عن القلق أو الغضب أو السرور بينما يرفض البعض الآخر حتى مجرد تخيل القيام بما طلب منه من عمل أو حتى دخول المنزل فى غير وجود أهله . وسوف يتضح للجماعة أن اختلاف التقارير عن الاستجابات الانفعالية ليس نتيجة القيام بتلطيخ متخيل لحجرة حمام متخيلة تلطخ حوائطها بمعجون أسنان متخيل .. وسوف يكتشف الأعضاء أن من خبروا نفس الانفعالات كانت لديهم

نفس المعرفيات ، بينما يدهش البعض الآخر للاستجابات التى لم يكن ليتنبأوا بها . ثم يسأل المعالج : هل استجابتك لهذا الموقف تمثل استجاباتك العادية للمواقف الصعبة ؟ والمجال متسع لتمارين مبتكرة ، فقد يدور تمرين حول الخبرات الأليمة فى حياة الفرد ويتخيل أن لدى الجماعة حقيبة كبيرة يطلب من أفرادها اختيار ما يودون الاحتفاظ به منها وإلقاء ما عداها فى النهر . والمهم أن يربط المعالج بين المعرفيات والانفعالات وأن يظهر للأعضاء كيف أنهم يستجيبون بصورة وظيفية أكثر ملاءمة حين يغيرون من أوصافهم واستنتاجاتهم وتقويماتهم . ورغم أن إليس يرى أن المخاوف لها أساس معرفى إلّا أن بعضها على الأقل قد يكون له أصل لا معرفى ولكن المعرفيات قد تكون حاسمة فى الإبقاء عليها . وفى مثل هذه الحالات يفضل الجمع بين المنهج المعرفى والتكنيكات السلوكية ومنها « العلاج المعرفى السلوكى المتكامل » أو « العلاج متعدد الأبعاد » وهذا المصطلح الأخير هو ما يستخدمه لازاروس اسما لمنهجه العلاجى فمثلا ، امرأة تعانى من الخوف من الطيور قد تجمع خطة علاجها بين (١) التخلص التدريجى من الحساسية ؛ (٢) البحث عن معلومات عن الطيور ؛ (٣) تحديد أبنيتها المعرفية فيما يتصل بالخطر المدرك من الدخول فى مواقف يمكن أن تتواجد فيها طيور ثم تعديل هذه الأبنية للتغلب على احتمال استمرارها فى تجنب مواقف بها طيور .

البحوث : ركز عدد من البحوث على الفرضية المعرفية بوصفها عاملا فى الاضطراب الانفعالى أكثر مما ركزت على العلاج العقلانى – الانفعالى . ويمكن الاطمئنان نتيجة هذه البحوث إلى أن المعرفيات تلعب دورا هاما فى السلوك الإنسانى وأن السلوك العصابى يرتبط بالأفكار غير الواقعية والتفكير اللامنطقى وأن المزاج يتأثر بالمضمون المعرفى . إلّا أن ويسلر وهانكين (٢٠ ، ص ٢٠٠) يريان أن الفرضية الأساسية فى العلاج العقلانى – الانفعالى ، وهى أن الاعتقادات اللاعقلانية تحدد الانفعالات السلبية بعكس الاعتقادات العقلانية لم تختبر بعد اختبارا كافيا . ويوجه عدد من الاعتراضات على بحوث نواتج العلاج ومنها عدم استخدامها لمقاييس سلوكية ، والاعتماد على مقاييس الورقة والقلم لتقدير اللاعقلانية ، وأن بعضها كان يغلب عليه الطابع التربوى وليس العلاج السيكولوجى ، كما كان البعض الآخر معرفيا ، وليس عقلانيا – انفعاليا خالصا ، وكان البعض الآخر خليطا من علاجات مختلفة . وليس هناك ما يثبت أن الاجراءات المتبعة كانت عقلانية – انفعالية .

والخلاصة : يتميز العلاج العقلاني – الانفعالي بأنه يمكن استخدامه لعلاج عدد كبير متنوع من المشكلات مثل القلق المتعلق بمخاطبة الجمهور فيتشابه فى ذلك مع العلاج السلوكى ؛ أو يشجع على استكشاف الذات والوعى بالذات فيشارك المنهجين التحليلى والإنسانى ، وهو يستخدم إجراءات مما يستخدم فى مدارس علاجية أخرى لتحسين التغيير المعرفى والانفعالى والسلوكى . ويصلح العلاج العقلانى – الانفعالى مع الأفراد الذين يقوى لديهم الدافع للتغيير مثله فى ذلك مثل الأنواع الأخرى من العلاج التى لا تفترض أن الفرد هو ضحية المجتمع والوالدين وممارسات التنشئة الاجتماعية الخاطئة أو الإشراط السلبى ، ولذلك فهو يصلح مع من يتقبل المسئولية عن خلق اضطرابه ويريد التخفف منه . ويصلح العلاج العقلانى – الانفعالى للأفراد الأذكياء ومتوسطى الذكاء ولكنه يستخدم مع فئات أخرى . إلّا أنه لا يصلح لمن يتسمون باعتقادات دينية قوية ، ويذكر ويسلر وهانكين (٢٠) أنه يمكن أن يستخدم مع هؤلاء الأخيرين الصورة التى أعداها من صور هذا العلاج والمعروفة باسم **العلاج التقويمي المعرفى Cognitive Appraisal Therapy (CAT)** وقد سبق الإشارة إلى الفروق بينها وبين العلاج العقلانى – الانفعالى طبقا لمنهج إليس ، ولا يصلح العلاج العقلانى – الانفعالى لعلاج الذهانيين والسيكوباثيين والشديدى الاضطراب الذين يرفضون المشاركة فى جماعة . والجماعة أكثر صلاحية للبعض من العلاج الفردى لأنها تهيىء موقفا فريدا للتعامل مع مشكلاتهم أو لدعم التغيير الواقع ، كما أنها تهيىء الفرص لعودة العميل إليها إذا واجه أزمات حياتية جديدة .

الفصل العاشر

النماذج المعرفية
نموذج بيك في العلاج المعرفي
ومناهج أخرى

نموذج بيك :

يقرر بيك (٣) صاحب أكثر نظريات العلاج المعرفى شيوعا ، أن منهجه نسق علاجى يقوم على أساس نظرية فى السيكوباثولوجيا ومجموعة من الأسس والأساليب العلاجية والمعارف المستمدة من البحوث الأمبيريقية . ويرتبط البنيان النظرى بعلم النفس المعرفى ونظرية تشغيل المعلومات وعلم النفس الاجتماعى . وهو علاج يتسم بأنه نشط محدد البنيان والتوقيت . وقد استخدم بنجاح فى علاج عدد متنوع من الاضطرابات مثل الاكتئاب والقلق والمخاوف المرضية والاضطرابات السيكوسوماتية ومشكلات الألم . ويقوم العلاج على أساس نظرى عقلانى ، وهو أن الطريقة التى يحدد بها الأفراد أبنية خبراتهم تحدد كيف يشعرون وكيف يسلكون . فإذا فسروا موقفا على أنه خطر ، فإنهم يشعرون بالقلق ويريدون الهرب . وتستمد معارفهم: الأحداث اللفظية أو المصورة فى مجرى الشعور ، من الاعتقادات والاتجاهات والافتراضات . وقد استخدم مصطلح « العلاج المعرفى » بسبب ما وجد من أن الاضطرابات السيكولوجية تنبع غالبا من أخطاء معينة فى عادات التفكير (المعرفة) . فمثلا ، قد يفكر الفرد على أساس تفسيرات خاطئة لمواقف الحياة ، أو قد يصدر أحكاما قاسية على نفسه أو يقفز إلى نتائج خاطئة أو يعجز عن التخطيط الفعال لمواجهة المشكلات الخارجية . وتستخدم الأساليب العلاجية المعينة فى إطار النموذج المعرفى للسيكوباثولوجيا ، وتتمثل الاستراتيجية العامة فى مزيج من الإجراءات اللفظية وأساليب تعديل السلوك ، وهى أساليب تصمم بقصد مساعدة المريض على التعرف على التصورات المحرفة والاعتقادات غير الوظيفية الكامنة وراء هذه المعارف واختبار مدى واقعيتها وتصحيحها . وعن طريق التفكير والفعل بواقعية أكبر وبأسلوب تواؤمى فى مواجهة المشكلات السيكولوجية الحالية فى الموقف ، يتوقع أن يخبر المريض قدرا من التحسن فى الأعراض .

ويقرر بيك أن العلاج المعرفى كما صاغه مستمد من مصادر ومناهج نظرية أهمها : (١) المنهج الفينيمنولوجى فى علم النفس وهو المنهج الذى يضفى دورا مركزيا على نظرة الفرد لذاته ولعالمه الخاص فى تحديد سلوكه ، وهى فكرة بدأت مع الفلاسفة الإغريق ووجدت أصداء معاصرة لها فى كتابات آدلر ورانك وهورنى . وقد أسهمت هذه الكتابات فى ترجمة المفاهيم الأساسية فى العلاج المعرفى بصورة

إجرائية ؛ (٢) النظرية البنيوية لكانت ونظرية الأعماق لفرويد . وقد أسهم مفهوم فرويد فى هيراركية البناء المعرفى إلى عمليات « أولية » و « ثانوية » فى صياغة نظرية العلاج المعرفى ؛ (٣) إسهامات علم النفس المعرفى وبخاصة مفهوم الأبنية المعرفية والتشغيل المعرفى اللاشعورى . وفى مقدمة من أسهموا فى هذا المجال من المعرفيين جورج كيللى فى مفهومه عن المركبات الشخصية personal constructs بوصفها محددا للسلوك ؛ النظريات المعرفية فى الانفعالات لماجدا آرنولد وريتشارد لازاروس .
أما عمليات وتكتيكات العلاج المعرفى فى تأكيدها على إيجاد حلول لمشكلات حالية يمكن تعريفها ، فهى لها مقدمات سبقتها فى أعمال أوستن ريجز وآلبرت إيليس . وقد استعان بيك جزئيا فى صياغة أساليب السؤال والتعمق فيه بأساليب روجرز فى العلاج المتمركز حول العميل . كما استعان بيك بمناهج التحليل النفسى وبخاصة منهج ليون سول فى الكشف عن الخيوط المشتركة فى الاستجابات الانفعالية للعميل وذكرياته ومفهوم المعرفة القبشعورية . ويتمثل تأثير تعديل السلوك فى بنية المقابلة وتحديد جدول الأعمال وإرجاع الأثر وتحديد الأفعال وترجمة المشكلات بصورة إجرائية واختبار الفروض وصياغة واختبار أساليب حل المشكلات وتحديد ما يتعين على العميل القيام به خارج الجلسة . ويدين الطابع الأمبيريقى للعلاج المعرفى بالفضل إلى تأثير المعرفيين وفى مقدمتهم ألبرت باندورا ، جيروم فرانك ، مارفين جولدفريد ، ميشيل ماهونى ، دونالد ميشنباوم وج . تيرنس ويلسون .

أسس النموذج المعرفى : يستند النموذج المعرفى إلى عدد من الأسس هى طبقا لبيك (٣ ، ص ١٤٣٢) :

(١) الطريقة التى يشكل بها الأفراد بنية الموقف تحدد كيف يشعرون ويسلكون .

(٢) تفسير موقف يحمل فى طياته مكامن الضغط ، عملية نشطة مستمرة تشتمل على تقديرات متتابعة للموقف الخارجى وقدرات الشخص على مواجهة الموقف والمخاطر والتكلفة والكسب لمختلف الاستراتيجيات . فحين يقدر الفرد أن مصلحته الحيوية فى خطر ، فإنه ينزع إلى القيام بتصور متمركز حول الأنا ومنتقى بعناية وبحيث يكون ملائما للخطر أو الخسارة أو التقدم الذاتى ، مع تحديد البنيان المعرفى لموقف مسئول عن استثارة الوجدان وتعبئة الكائن للفعل (قلق) أو لشل الفعل . ويتوقف توجه التعبئة السلوكية نحو الهرب أو الهجوم

أو التقارب أو الانزواء على مضمون البنيان المعرفى ، كما أن الوجدانات الناتجة هى القلق والغضب والحب أو الحزن على التوالى .

(٣) لكل فرد حساسيته الفريدة التى تميل به إلى المعاناة السيكولوجية ، كما أن الحساسية الخاصة للشخص المعين يستثيرها عادة نوع من الضغوط الخاصة بها . ونظرا لأن الناس يختلفون اختلافا كبيرا فى حساسياتهم المعينة ، فإن ما يشكل ضاغطا لشخص قد لا يكون كذلك بالنسبة لشخص آخر .

(٤) تؤدى الضغوط إلى خلل فى النشاط العادى للتنظيم المعرفى ، وحين تكون المصالح الحيوية للفرد مهددة ، فإن النظم المعرفية البدائية والمميزة للفرد تنشط ، وينزع الفرد إلى إصدار أحكام متطرفة ومطلقة ومنحازة وشمولية إلى جانب واحد . ويفقد الفرد قدرا كبيرا من التحكم الارادى فى عمليات التفكير وتنقص قدرته على التخفف من التفكير الحاد والشاذ . ويصاحب ذلك نقص فى القدرة على التركيز والاستدعاء والاستدلال .

(٥) تفسر الفروق فى تنظيم الشخصية بعض التباين الكبير فى حساسيات الأفراد للضغوط . فمثلا ، يختلف الأفراد ذوو النزعة الاستقلالية عن الأفراد ذوى النزعة الاجتماعية فى نوع الضغوط التى يتسمون بالحساسية نحوها . ويترتب على ذلك أن حدوث اضطراب سيكياترى يكون مشروطا إلى حد كبير بدرجة الحساسية النوعية التى ترتبط ببنيان الشخصية .

(٦) تتكون الزملات مثل اضطرابات القلق والاكتئاب من مخططات schemas(*) منشطة بقدر زائد وذات مضمون خاص بالزملة المعينة . وتشتمل كل زملة على نسق معرفى معين وحاكم ونزعات سلوكية ووجدانات ناتجة . والمضمون المعرفى لهذه الزملات هو استمرار للمضمون المعين يستثير الوجدان والسلوك فى الخبرة العادية ، وذلك كما يوضح الجدول التالى (٣ ، ص ١٤٣٣) .

---

* ويقصد بها أنماط معقدة تحدد كيف تدرك وتُتصور الموضوعات والأفكار .

جدول (١)
استمرارية الميكانيزمات السوية واللاسوية

الوجدان المعين	المضمون المعرفى	الزملة المعطلة وظيفيا	السلوك المعطل وظيفيا
حزن	خسارة – ضياع – فقدان	اكتئاب	انكماش
سرور	كسب	هوس	امتداد – توسيع
خوف	خطر	قلق	تراجع
غضب	إساءة المعاملة	بارانويدى	هجوم

(٧) تحدث تفاعلات المعاناة مع الناس الآخرين فى دورة من الاستجابات المعرفية اللاتواؤمية والتى تتبادل التدعيم . وتؤدى ميكانيزمات معينة مثل الطراز المعرفى المتمركز حول الأنا ، والتشكيل framing والاستقطاب إلى زيادة تنشيط الميكانيزمات المرتبطة بالاكتئاب والقلق وحالة البارانويا والاضطرابات السيكياترية الأخرى .

(٨) قد يظهر الشخص نفسه الاستجابة البدنية للتهديدات السيكولوجية الاجتماعية أو الرمزية التى يظهرها للتهديدات الفيزيقية . وتتضمن تعبئة مسلسل : « القتال – الهرب – التجمد » نفس النظم المعرفية – الحركية سواء كان مستوى معنى التهديد أو التحدى هو هجوم فيزيقى أو نقد اجتماعى .

نموذج السيكوباثولوجيا :

ينظر إلى الاضطرابات السيكوباثولوجية من منظور فينمنولوجى بوصفها استمرارا للاستجابات المعرفية – الوجدانية السلوكية السوية لمواقف الحياة . وبهذا المعنى ينظر إلى السيكوباثولوجيا بوصفها نوعا من المبالغة فى الاستجابة ، ويمكن استخلاص وظائف معينة من الانفعالات الرئيسية الأربعة الواردة فى الجدول السابق . فالحزن يبدو أنه يستثار حين يكون هناك إدراك لخسارة أو فقدان أو هزيمة أو

حرمان ، يتمثل غالبا فى شكل توقعات إيجابية لم تتحقق أو لم تتأكد ، أى الشعور بخيبة الأمل . والعاقبة المألوفة هى سحب الاستثمار فى المصدر المعين للشعور بخيبة الأمل . وعلى العكس ، فإن النشوة تتبع إدراكا لمكسب ، ومن ثم تنزع إلى تدعيم النشاط نحو تحقيق الهدف . وعلى العكس من الحزن والسرور المرتبطين بأهداف إيجابية ، فإن القلق والغضب يستثاران استجابة للتهديدات ، فالقلق يستثار حين يكون الفرد مهتما بعواقب حساسيته ، أى إيقاع الأذى به ، ومن ثم فهو يرغم على الانزواء . وعلى العكس ، فإن التركيز فى الغضب يكون لا على حساسية الشخص ، ولكنه يوجه إلى الخصائص الهجومية للتهديد ، ومن ثم فإن الشخص ينزع سلوكيا إلى مقابلة التهديد بالهجوم .

وفى تقدير بيك ، فإنه يبدو أن الزملات السيكوباثولوجية تمثل أشكالا مبالغا فيها أو مستمرة ، لاستجابات انفعالية عادية . وهكذا ، فإنه فى الاكتئاب ، يتضخم ويمتد الشعور بالهزيمة أو الحرمان والحزن وفقدان الاهتمام بالأهداف السابقة . وفى اضطرابات القلق ، يكون هناك إحساس معمم ومكثف بالحساسية ، وبالتالى نزعة إلى حماية الذات أو الهرب . وفى اضطرابات البارانويا ، فإن إدراك الشخص لنفسه على أنه اسيئت معاملته يعمم ويؤدى إلى الغضب والنزعة إلى الهجوم المضاد . وفى النموذج السيكوباثولوجى المعرفى ، ينظر إلى هذه الزملات العادية أو السيكوباثولوجية بأنها تتكون من خلال عمليات معرفية « أولية » شبيهة بمفهوم فرويد عن العملية الأولية . وهكذا ، فإن تصور الموقف ينزع إلى أن يكون شموليا وكليا وبدائيا . وهذا المستوى الأعلى من التشغيل المعرفى يكون أكثر نوعية وتهذيبا ، وهو حين يعمل بكفاءة ، فإنه يقدم اختبارا للواقع وتصحيحا للتصورات الكلية الأولية . ولكن كما هو الحال فى مفهوم فرويد عن العملية « الثانوية » فإنه فى السيكوباثولوجيا ، يبدو أن هذه الوظائف التصحيحية تصاب بالخلل وبالتالى يفقد الفرد السيطرة على الغضب والقلق والنشوة والحزن ، وتتنامى الاستجابة الأولية إلى زملات سيكوباثولوجية كاملة . والأسباب القريبة والبعيدة للاضطراب لا توجد فى الأبنية أو العمليات المعرفية ولكن يمكن فهمها بصورة أفضل فى ضوء تفاعل عوامل فطرية وبيولوجية وارتقائية وبيئية (٣ ، ص ١٤٣٣) . وفيما يلى يقدم بيك حالة تمثل النموذج المعرفى السيكوباثولوجى :

« ج . ف طالب جامعي ذكر عمره عشرون عاما ، ظل يتلقى علاجا سيكياتريا للاكتئاب لمدة ستة شهور . ورغم البرنامج العلاجي المكثف باستخدام العقاقير المضادة للاكتئاب والعلاج المساند ، إلّا أن الطالب استمر فى اكتئابه . وبعد تحويله إلى العيادة ، شخص اكتئابه بأنه عاقبة لقلق شديد : وقد أوضح تاريخ الحالة أن الطالب كان ناجحا تماما فى نشاطه الأكاديمي والاجتماعي خلال مراحل الدراسة السابقة لالتحاقه بالجامعة . ولكنه وجد أنه فى الجامعة ليس له أصدقاء ، بل تكونت لديه مخاوف من الغرباء ، وفى نفس الوقت كان يتحرق شوقا لتكوين صداقات مع الجنسين ولكنه كان فى صراع مستمر بين رغبته فى إقامة علاقات جديدة وبين شعوره بالقلق الشديد حين يحاول ذلك ثم ينزوى . وكذلك وجد أن مطالب الدراسة أكثر مما يطيق وبدأ يشعر بالقلق من الفشل ، وأدى ذلك بدوره إلى التأثير فى أدائه الأكاديمي ، كما أن مشاعر القلق أدت إلى تجنبه لقاء الناس وزيادة فى فشله الدراسى . كل ذلك أدى إلى وقوعه أحيانا فى نوبات ذعر خشية طرده من الجامعة ، وبدأ ينقد نفسه وينزوى عن الناس بل وفكر فى الانتحار . وقد أظهر ج . ف . الأعراض الكلاسيكية للقلق (العصبية المستمرة ، تسرع القلب ؛ تصبب العرق ، نوبات الذعر) والاكتئاب (التيقظ مبكرا فى الصباح ، فقدان الشهية والليبيدو ، الانزواء ، فقدان التلقائية . الخ) وقد شخص ج . ف. فى فئة « اضطراب وجدانى رئيسى واضطراب قلق معمم » . وقد قدر أنه لعلاج قلق واكتئاب المريض ، يتعين الكشف عن مصدر انزوائه ، أى خوفه من لقاء الآخرين ، ومن الفشل فى الدراسة . وقد عولج الأمر الأول من خلال برنامج للتدريب الاجتماعي والمران على المواجهة الاجتماعية ، كما عولجت مخاوفه من الفشل فى الدراسة عن طريق تشجيعه على إعادة التفكير فى الكوارث التى ينسبها إلى الأداء الأكاديمي مثل : شعور أهله بخيبة الأمل ، الفشل فى الوصول إلى مرحلة الدراسات العليا ، عدم احترام الطلبة الآخرين له ، النظر إليه على أنه غبى ، الخ .. »

النموذج المعرفى للاكتئاب :

ينظر إلى الاكتئاب بوصفه تنشيطا لثلاثة أنماط معرفية رئيسية تؤدى إلى أن ينظر المريض إلى نفسه وإلى خبراته وإلى مستقبله بصورة متميزة سلبيا . ويسمى بيك هذه الأنماط « الثالوث المعرفى » cognitive triad . والمكون الأول هو نظرة المريض

السلبية إلى نفسه ، إذ يعتبر المريض نفسه ناقص الكفاءة يعانى من القصور والنبذ ، وهو ينزع إلى أن ينسب خبراته غير السارة إلى نقائص مفترضة فيزيقية أو عقلية أو خلقية . وفى رأيه أنه لا قيمة له بسبب هذه النقائص المفترضة ، كما أنه ينزع إلى رفض نفسه بسببها . وفضلا عن ذلك ، فهو يعتبر أنه تنقصه الخصائص التى يراها أساسية لتحقيق السعادة أو القناعة ويوجد هذا المكون فى تقدير بيك لدى غالبية المرضى الاكتئابيين .. أما المكون الثانى فى الثالوث المعرفى ، فهو التفسير السلبى غالبا للخبرة . فالمريض ينزع إلى أن يرى عالمه الشخصى يتطلب منه أمورا غير معقولة ، ويقيم عراقيل يصعب تجاوزها فى طريق تحقيق أهدافه فى الحياة ، أو أنه محروم من الشعور باللذة أو الاشباع . والمكون الثالث هو النظر إلى المستقبل بصورة سلبية . ويوجد هذا العرض فى كل أنواع الاكتئاب تقريبا . فالمريض يتوقع أن تستمر متاعبه الحالية دون نهاية ، وهو لا يرى أمامه غير المصاعب والحرمان والإحباط . وهو يتوقع الفشل فى كل ما يقدم عليه من أعمال .

وتمثل الرغبات الانتحارية تعبيرا متطرفا عن الرغبة فى الهروب مما يبدو أنه يستحيل السيطرة عليه ومن المشكلات التى لا يمكن تحمل أعبائها . فمثلا ، الطالب ج.ف. اعتبر نفسه عبئا لا قيمة له ، ولذلك اعتقد أن الكل بما فيهم نفسه سوف يكون أحسن حالا إذا مات . وقد ترتبط بعض الأعراض البدنية بهذه الأنماط المعرفية ومنها الفقدان الذاتى للطاقة وسرعة وسهولة الشعور بالتعب ونقص المبادأة ، وكلها مستمدة من التوقعات السلبية . فمثلا ، عندما كان ج.ف يشجع على المبادأة بنشاط كان يقل إحساسه بالتعب .

نشأة وتطور الاكتئاب : يفترض النموذج السابق أن المفاهيم التى ترجح انزلاق فرد إلى الاكتئاب تنشأ فى مرحلة مبكرة من الحياة ، وتتشكل بالخبرات الشخصية وتنبع من التوحد مع آخرين من ذوى الأهمية فى حياة الفرد ومن إدراك الفرد لاتجاهات الآخرين نحوه . وحين يتكون مفهوم معين ، فإنه قد يؤثر فى تكوين المفاهيم التالية ؛ وإذا صمدت فإنها تصبح بنية دائمة أو مخططا schema دائما . ورغم أن هذه المخططات قد تكون كامنة فى وقت معين ، إلّا أنها تنشط فى ظروف معينة . فالمواقف الشبيهة بالخبرة المسئولة عن توسيد اتجاه سلبى قد تستثير الاكتئاب . فمثلا ، إذا كان راشد قد فقد والده خلال طفولته ، فإن انقطاع علاقة شخصية وثيقة فى مرحلة الرشد قد تنشط مفهوم فقدان لا رجعة فيه ، وهو المفهوم الذى تلون

بفعل خبرة سابقة مبكرة . ومن أمثلة الأحداث المرسبة الأخرى ، الأداء فى امتحان فى مستوى أقل مما كان متوقعا ، أو تخفيض رتبة الشخص فى العمل ؛ أو الاصابة بمرض أو مواجهة صعوبات بالغة أو إحباطات فى السعى لتحقيق أهداف هامة فى الحياة . والاكتئاب لا يحدث دائما فى علاقة مع مواقف ضغط معينة ، ولكنه قد يكون استجابة لسلسلة من خبرات صدمية غير معينة . ورغم أن أيا من هذه الأحداث قد يكون مؤلما للشخص العادى ، إلّا أنها لا يتوقع أن تنتج إكتئابا إلا إذا كان لدى الشخص حساسية خاصة للموقف بسبب نزعات معينة ، وبينما قد يستطيع الشخص العادى الاحتفاظ باهتمامه بجوانب أخرى فى الحياة بالرغم من مثل هذه الصدمة ، فإن الشخص الذى يحمل إمكانيات الاكتئاب ، يخبر تحولا سلبيا فى نظرته إلى كل جانب من جوانب حياته . وكلما تعمق اكتئابه ، فإن تفكيره يتزايد فى تشبعه بموضوعات اكتئابية مألوفة . بصرف النظر عن الموقف المباشر ، ويبدأ تدريجيا فى فقد قدرته على النظر إلى أفكاره السلبية نظرة موضوعية . ويبدو أن المخططات المسيطرة تعوق عمليات الأبنية المعرفية المتضمنة فى اختبار الواقع وفى الاستدلال . وقد تنسب إلى تأثير هذه المخططات الأخطاء المنظمة التى تؤدى إلى تحريف الخبرة مثلها مثل التفسير الجزافى والتجريد الانتقائى . وطبقا للنموذج المعرفى للاكتئاب ، فإن موقفا غير سار من مواقف الحياة يستثير مخططات معرفية ترتبط بالهزيمة أو الحرمان وخبرات سلبية ولوما للذات تنتج بدورها التأثيرات المرتبطة بها مثل الحزن والشعور باليأس والوحدة وتناقص الأداء . ويدعم شعور الشخص بأنه ليس على خير فكرة أن الأمور يتعين أيضا ألا تكون بخير .

النموذج المعرفى لاضطرابات القلق :

يرى بيك أن مختلف زملات القلق هى تعبير عن تزيد فى الأداء الوظيفى أو خلل فى ميكانيزم البقاء العادى . وكما هو الحال فى الاكتئاب ، فإن الزملات المختلفة هى ببساطة تعبير عن عمليات نظم معرفية ووجدانية وسلوكية ودافعية وفسيولوجية معينة . والميكانيزم الأساسى للتعامل مع تهديد ، هو نفسه بالنسبة لكل من الشخص القلق والشخص السوى . والفرق بينهما هو أن إدراك الشخص القلق للخطر إدراك غير صحيح أو فيه تزيد ، وأنه يقوم على أساس مسلمات خطأ ، بينما تتضمن الاستجابة السوية لتهديد تقديرا معقولا فى دقته لإمكانية الإصابة بأذى ، ورغم أن

الشخص السوى قد يخطىء فى التعرف على موقف بأنه يشكل خطرا ، ومن ثم يعبأ دون ضرورة للتعامل معه ، فإن خطأ الإدراك قابل لإخضاعه لاختبار الواقع ، كما أن الاستجابة الكلية تعود إلى مستواها الأساسى بعد الاختبار التصحيحى للواقع . وعلى العكس من ذلك ، يخطىء الشخص القلق باستمرار فى إدراكه للخطر ، وهو قليل الحساسية نسبيا للمؤشرات الدالة على الأمان . كما أنه يبدو أن فعالية اختبار الواقع لديه مصابة بالخلل . ويدور مضمون الفكر لدى المريض الذى يعانى من قلق إكلينيكى، حول مفهوم الخطر وكيف يمكن التعامل معه ، وهو حين يواجه موقفا مشكلا أو غامضا ، فإن الشخص القلق يجد نفسه قد خلص إلى أشد العواقب سلبية . ورغم أنه قد يكون من الملائم أحيانا اعتبار أسوأ الاحتمالات ، إلّا أن المريض بالقلق الاكلينيكى يكون لديه تثبيت على اعتبار أشد النتائج تطرفا وسلبية ، ولذلك فهو يكون دائما أكثر من مستعد لمواجهة التهديدات الفيزيقية أو الاجتماعية .

ويستثير التقويم المعرفى للخطر : (١) المكون الوجدانى ؛ (٢) المكونات الحركية وبخاصة تلك التى تصمم خصيصا لمواجهة التهديد مثل الدخول فى معركة أو الهرب أو التجمد أو الإغماء ؛ (٣) المكون الفسيولوجى وبخاصة الجهاز العصبى الأوتونومى الذى ييسر أفعال المكون الحركى المعين . ويمكن التعرف على الأعراض المعينة بوصفها الخبرة الذاتية للأجهزة المعينة : العصبية (وجدانية) ، توتر عضلى (حركية) ؛ الرغبة فى الهروب (دافعية) ؛ كف الكلام والحركة (سلوكية) ومخاوف متعددة وكف للذاكرة وتفكير انتقائى (معرفية) ، ويلعب القلق الذاتى دورا فى حث الكائن العضوى على القيام بأفعال وقائية استجابة للخطر . ورغم أن الاستجابة المباشرة للخطر مثل التجمد ، تحدث غالبا فوريا ، إلّا أن القلق يؤدى وظيفة دفع الشخص إلى اختيار استراتيجية مناسبة بعد تقدير الموقف الخطر . والقلق الذاتى له وظيفة أمنية هامة لأنه يزيد بعامة كلما اقترب الشخص من موقف خطر ويقل كلما انسحب الشخص من الموقف . وهكذا ، فإن الخبرة غير السارة للقلق تدعم الدافعية لإنقاص الخطر عن طريق الانسحاب . وفضلا عن ذلك ، فإن القلق يغلب أن ينبه الشخص إلى تعبئة وتنشيط ميكانيزمات المواجهة لإنقاص الخطر الحقيقى . والقلق المستمر ، حين لا يكون هناك تهديد موضوعى ، قد ينسب إلى التعامل المستمر غير الفعال مع المواقف بوصفها أخطارا . وحين يكون مفهوم الشخص عن خطورة موقف مشكل خطأ أو مبالغا فيه ، فإنه لن توجد فرصة لتنمية

أو لتطبيق مهارات المواجهة ، لأنه لا يوجد خطر موضوعى تكون المواجهة فيه ملائمة . والربط بين الجهاز العصبى الاوتونومى (ANS) والجهاز العصبى السوماتى (SNS) يعكس نوع التفاعل المختار مثل الهرب أو التجمد ، أكثر مما يعكس الغرض من الفعل مثل الهجوم أو الهرب . ويتوقف نوع الاستثارة الاوتونومية على النمط السلوكى المعين (حركى) الذى يعبأ ، وليس على الوجدان مثل القلق أو الغضب أو الحب ، أى الغرض البعيد – ووظيفة النشاط الأوتونومى هى تيسير النشاط الحركى من خلال تنظيم إمداد الدم ، والأيض وضبط الحرارة مثلا عن طريق إفراز العرق . ويستمد تدخل الجهازين الأوتونومى والسوماتى من التهيؤ المعرفى المعين .. فمثلا ، التهيؤ للتحفز الزائد – الاستعداد للقتال أو الهرب أو الدفاع ، قد يتمثل فى أن يربض الشخص فى موقفه بصلابة ، كما لو كان متجمدا ، ويزيد ضغط دمه ومعدل نبضات قلبه ؛ بينما قد يتمثل موقف العجز فى أن يسقط الفعل ، فينقص معدل الضغط ومعدل نبضات القلب . ويرتبط موقف المجابهة (التهيؤ) النشط بسيطرة الجهاز العصبى السيمبثاوى ، بينما يرتبط الموقف السلبى (الذى يستثيره تهديد طاغ غير متوقع) بسيطرة باراسيمبثاوية . وفى كل من الحالتين تتشابه الخبرة الذاتية بالقلق – ويظهر الشخص نفس النوع من الاستجابة الفيزيقية للتهديد السيكولوجى – مثل نقد جارح من قبل رئيس – كما يظهره استجابة لتهديد فيزيقى مثل إصابة . فيحدث نفس النمط الأوتونومى – الحركى مثل التصلب الدفاعى وتصبب العرق وتغيرات ضغط الدم ونبض القلب استجابة لأى من النوعين من التهديد . ويعبر عن كف الفعل – التصلب العضلى ، الحبسة ، والعجز عن الكلام ، من خلال العجز عن الفرار المرتبط بالسيطرة السيمبثاوية . ويعكس الكف العضلى والصوتى الدافع لوقاية الذات وضبطها . هذا الميكانيزم الذى يعمل فى اضطرابات القلق لا يكون مجديا فى المواقف العادية من التهديد السيكولوجى – الاجتماعى ، فالشخص الذى يعانى من قلق الاختبار أو الحديث للجمهور يصبح مثبتا على الكارثة النهائية مثل الفشل أو الرفض ؛ ومن ثم فإن أفكار الفشل أو الرفض رغم أنها تكون خارج المهمة المباشرة تصبح مركز الخطر ، ومن ثم تتدعم . ونظرا لأن التركيز والتخطيط والتذكر لا تنتمى إلى الخطر ، فهى بالتالى تحبس أو تتعطل . وتعطيل التركيز الانتقائى والذاكرة عملية نشطة . ويبدو أنه فى حالات الذعر ، يكون هناك كف انتقائى مشابه للنشاط الفكرى واختبار الواقع .

أســس العــلاج

العلاقات العلاجية : العلاقات بين المعالج والمريض لها أهميتها فى العلاج المعرفى مثلها مثل بقية أنواع العلاج لأنها تقدم الوسط الملائم للتقدم العلاجى . ويقرر بيك أن المعالج يقوم بالوظائف التالية : (١) إرشاد المريض لتمكينه من كسب الفهم الذى يمكنه من القيام بمجابهة أكثر فعالية لمشكلاته ، وهذه هى عملية « الاستكشاف المرشد » ؛ (٢) العمل بوصفه عاملا وسيطا لتحسين نوع الخبرات التصحيحية خارج العلاج والتى يمكن أن تحسن من المهارات التواؤمية للمريض . ويعمل المعالج على إظهار دفء صادق فى العلاقة وتقبل غير مشروط بإحكام كما هو الحال فى العلاج المتمركز - حول - العميل (روجرز) ، ولكنه على عكس العلاج الروجيرى والعلاج التحليلى ، فإن المعالج المعرفى يلعب دورا نشطا فى مساعدة المريض على التحديد الدقيق لمشكلاته والتركيز على المجالات الهامة واقتراح أساليب معرفية وسلوكية معينة والمران عليها . وتأخذ معظم التعبيرات اللفظية للمعالج شكل أسئلة ، تعكس التوجه الأمبيريقى الأساسى والهدف القريب لتحويل نظام الاعتقادات المقفل لدى المريض إلى نظام مفتوح . فالمعالج يشرك المريض فى إعداد جدول أعمال كل جلسة وفى تقديم إرجاع أثر لكل ما يقترحه المعالج أثناء الجلسة . ورغم أن محاولة تبذل للاحتفاظ بالدفء الأمثل والعلاقة الطيبة خلال العلاج ، إلّا أن هذا الجهد لا يحول دون الكشف عن الاستجابات السلبية من قبل العميل ومقاوماته للعلاج . وهذه الاستجابات غالبا ما تكون أكبر أجزاء العلاج قيمة ، وتكون لاستجابات الطرح غالبا قيمة فى إظهارها تحريفات المريض فى إدراكه للعلاقات الشخصية . وكذلك تعالج المقاومات من خلال الكشف عن الاعتقادات اللاوظيفية الكامنة وراءها .

ونظرا لأن الفترة القياسية للعلاج المعرفى للاكتئاب هى ١٥ جلسة تمتد على مدى ١٢ أسبوعا (٣ ، ص ٤٣٦) فإن هناك ضغطا كبيرا على كل من المعالج والمريض لمحاولة استغلال الوقت المتاح بأفضل صورة ، ولذلك ، فإن جهدا كبيرا يوجه لدفع المريض إلى القيام بواجبات منزلية تهدف إلى مساعدته على التعرف على المعارف السلبية والاستجابة لها ، وأن يتقن المهارات المعرفية والسلوكية التى تعلمها

خلال الجلسات ، وأن يختبر الفروض ، والهدف القريب هو تحسين إعادة البناء المعرفى والذى يتضمن تعديلا للتحيز المنتظم للمريض فى تفسيره لخبرات الحياة الشخصية وللقيام بتنبؤات مستقبلية . والخلاصة ، أن العلاج المعرفى هو خبرة تعلم يلعب فيها المعالج دورا نشطا فى مساعدة عميله على الكشف عن التحريفات الإدراكية والافتراضات غير الفعالة وظيفيا وتعديلها .

إنقاص المشكلات : يشكو مرضى كثيرون من أعراض عديدة متنوعة ، ولا توجد نهاية لمحاولة التعامل مع كل عرض وما يرتبط به من مشكلات معينة . إلّا أنه يمكن عادة الكشف عن قاسم مشترك بين الأعراض ، ومن خلال التركيز عليه ، يمكن حل مشكلات كثيرة فى نفس الوقت . فمثلا ، قد تعانى امرأة من مخاوف استخدام المصاعد أو الأنفاق أو الصعود إلى المرتفعات أو البقاء فى الأماكن المغلقة ، أو ركوب سيارة فى أماكن مفتوحة أو ركوب طائرة أو السباحة أو الجرى أو قد تخاف من الرياح الشديدة والأيام الحارة الرطبة . وقد اكتشف المعالج بعد فحص كل من هذه المشكلات أن القاسم المشترك بينها هو الخوف من الاختناق ، بل إن ركوب سيارة مكشوفة كان يستثير فيها تخيل أن « الرياح سوف تسحب من فمها » ، وخوفها من ركوب طائرة كان يرجع إلى تخيلها أن وقودها سوف يتسرب أو أن الأكسجين سوف ينفذ . وإذا تخيلت نفسها مستلقية على شاطىء فى يوم حار رطب كان يستثير فيها الخوف من الاختناق . وقد حاول العلاج تركيز انتباه المرأة على المؤشرات النفسية . وقد بدأت تدرك أنها سوف تحس بالاختناق حتى من مجرد التفكير بأنها سوف تجد نفسها فى أحد المواقف السابقة .

تصميم خطة العلاج : تتكون الخطوة الأولى من القيام بتصور مؤقت للحالة . وتشكل مثل هذه الصياغة عادة النسيج الذى تنسج فيه خيوط أنماط الاستجابة العادية للعميل وحساسياته المعينة والضغوط المعينة التى تفعل فعلها فى هذه الحساسيات التى تنشط النمط الحالى للأعراض . وتشتمل هذه الصياغة أيضا على تلخيص أو تجريد للعوامل الارتقائية الأولى والعلاقات والتوافقات وبعض الأفكار عن تأثيراتها على بنية الشخصية الحالية للمريض . وأخيرا ، فإن الصياغة المثالية تشتمل على شرح للكيفية التى يعالج بها المريض المشكلات والضغوط الحالية فى ضوء تاريخ الحالة . فمثلا ، صيغت حالة ج.ف. على النحو التالى (٣ ، ص ١٤٣٦) « كان هذا الشاب ناجحا تماما أكاديميا واجتماعيا قبل التحاقه بالجامعة . إلّا أنه كان يعانى من ثلاثة

حساسيات مقنّعة حتى وقت التحاقه بالجامعة : (١) كان لديه خوف كامن من الغرباء استطاع أن يخفيه عن طريق الاعتماد على الأصدقاء للمبادأة بالاتصالات مع أفراد من خارج جماعته ؛ (٢) استمد جزءا كبيرا من الإشباع والرضا من التعامل مع الآخرين ؛ (٣) كان يتمسك بمستوى جامد متصلب من المعايير الأكاديمية والاجتماعية ساوى بمقتضاها بين مستوى عال من النجاح وبين أن يكون للشخص قيمة . ولذلك فإن أى إنجاز يقل عن هذا المستوى المرتفع كان يقيمه على أنه فشل وأنه يعنى أنه شخص لا قيمة له .. وقد اصطدمت خبراته فى الجامعة مع هذه الحساسيات . ونظرا لأنه حرم من أصدقائه السابقين نتيجة لالتحاقه بالجامعة ، فإن مخاوفه من الغرباء قد نشطت . ونتيجة لحرمانه من الإشباع والرضا اللذين كان يحصل عليهما سابقا من خلال التفاعل الاجتماعى فإنه شعر بالوحدة وبدأ يتشكك فى قيمته الشخصية . وأخيرا ، فإنه نتيجة لتخلفه عن الحد الأدنى المقبول من الإنجاز الأكاديمى والذى فرضه على نفسه ، فإنه بدأ ينظر إلى نفسه على أنه غبى ومتخلف .

وقد اشتملت الخطة العلاجية على مساعدة هذا الشاب فى التغلب على مخاوفه الاجتماعية عن طريق تخطيط سلسلة متدرجة من الاتصالات الاجتماعية وعلى القيام بلعب أدوار للتفاعلات الاجتماعية . وقد تطلب الأمر تخطيطا محدد البنيان ليومه ، تحدد فيه مواقيت الدراسة والترفيه والأنشطة الاجتماعية . كما اشتملت الخطة على فحص لافتراضاته الكامنة واختبارها على محك الواقع .

الأساليب المعرفية :

يركز العلاج المعرفى للاضطرابات السيكياترية على إنقاص نشاط « المخططات » المسيطرة والمصابة بخلل وظيفى ومساندة الوظائف التواؤمية . ويشجع المريض على فحص العوامل الداخلية : الأفكار ، والدوافع والمشاعر التى تسهم فى قيام الاضطراب .. وكذلك يشجع المريض على الكشف عن المعانى التى ينسبها إلى الأحداث المزعجة . وتستخدم الأساليب المعرفية التى سوف نناقشها فى الفقرات التالية لتوضيح مشكلات المريض ، التعرف على الأفكار الأوتوماتية ، التعرف على التحريفات الإدراكية وتصحيحها ، التعرف على الاعتقادات والافتراضات العريضة الكامنة وراء المعارف المصابة بخلل وظيفى . ومن خلال عملية امبيريقية تعاونية ، يصوغ المعالج المعرفى والمريض استنتاجات وفرضيات المريض التى تفحص وتختبر من

خلال زيادة الموضوعية والمنظور . ومن خلال تقويم المعارف المختلة وظيفيا ، قد ينجح المعالج والمريض فى إحداث تحولات فى تفكير المريض إلى مستوى أكثر واقعية . وقد يتحقق التغيير البنيانى من خلال تحليل القواعد والحتميات التى تحكم استجابات المريض ، ثم يمتد التغيير البنيانى إلى ما هو أبعد من تعديل الأخطاء المعرفية المرتبطة بزملة معينة إلى تغيير التنظيم الذى يكمن وراء هذه القواعد والمعادلات والافتراضات التى تخطىء فى تصنيف الأحداث وتدركها بوصفها تشكل خطورة .

التعرف على الأفكار الأوتوماتيكية : ملء الفراغات : لا يعى معظم الناس الأفكار الأوتوماتيكية التى تسبق المشاعر غير السارة ، كما أنهم لا يعون الكف الأوتوماتيكى . إلّا أن من خلال التدريب ، يمكن زيادة وعيهم بهذه الأفكار ، وأن يستطيعوا تحديدها بدرجة كبيرة من الانتظام . ذلك أنه من الممكن إدراك فكرة والتركيز عليها وتقويمها بنفس القدر الذى يمكن به للشخص التعرف على إحساس مثل الألم والتفكير فيه . وتشتمل الأفكار الأوتوماتيكية على أفكار معينة لفظية كما تشتمل على صور . والطريقة الأساسية لمساعدة الشخص على التعرف على أفكاره الأوتوماتيكية هى تدريبه على ملاحظة تعاقب الأحداث الخارجية واستجاباته لها . ويمكن للمريض أن يقدم تقريرا عن الظروف التى يشعر فيها بالضيق أو الانزعاج ولا يستطيع تقديم تفسير أو سبب لذلك . وعادة تكون هناك فجوة بين المنبه والاستجابة الانفعالية له . ويمكن أن يكون التزيد فى الاستجابة الانفعالية أو الاستجابة غير الملائمة أكثر قابلية للفهم إذا استعاد المريض الفكرة التى حدثت خلال هذه الفجوة . ويشير إليس (٨٣ ص ١٤٣٦) إلى هذا التعاقب بمصطلح « الاستجابة أ ب جـ » وتشير (أ) إلى المنبه المنشط ، وتشير (جـ) إلى الاستجابة غير الملائمة أو المتزيدة بينما تشير (ب) إلى الفجوة أو الفراغ فى عقل المريض . فمثلا ، رأى « ج .ف » صديقا قديما يعبر الشارع فانتابه قلق بدا غير مفهوم إلى أن استرجع أفكاره فكانت على النحو التالى : « إذا حييت بوب ، فقد لا يتذكرنى وقد ينهرنى ، فقد مر زمن طويل وقد لا يعرف من أنا ، وقد يكون من الأفضل تجاهله » .

وتتميز الأفكار الأوتوماتيكية عن المجرى العادى للأفكار التى نلاحظها خلال التفكير أو التداعى الحر بخصائص . ذلك أنه حين يعانى الشخص من نوع من السيكوباثولوجيا ، فإن نسبة كبيرة من الأفكار الأوتوماتيكية تعكس مضامين الموضوعات المعينة لهذه الزملة السيكوباثولوجية . ويغلب أن تكون هذه الأفكار

سريعة وعند حافة الوعى بعامة . وهى غالبا تسبق بعض الوجدان مثل الغضب أو الحزن أو القلق ، وأن يتسق مضمونها مع هذا الوجدان . وهى أفكار معقولة تماما بالنسبة للمريض ويسلم بأنها دقيقة ، ولها صفة الحتمية . وقد يحاول الشخص خبسها ولكنها تلح فى الظهور .

التعرف على الأخطاء المعرفية : يفسر المريض المكتئب أو القلق المواقف على نحو سلبى بصورة منتظمة رغم إمكان تفسيرها على نحو أكثر قبولا . وحين يطلب من المريض التفكير فى شرح بديل ، فإنه قد يعى أن تفسيره الأولى متحيز أو أنه يقوم على أساس استنتاج قليل الاحتمال . وقد يمكنه حينئذ أن يعى أنه قد حاول لوى الحقائق كى تتفق مع استنتاجاته الخاطئة . ويرتكب المريض عادة عددا من الأخطاء فى التصور أو الاستنتاج . ومن التحريفات المعرفية المألوفة ما يلى :

(١) الاستنتاج التعسفى : وهو يشير إلى عملية استخلاص نتيجة غياب دليل يسندها أو فى وجود دليل ينقضها . فمثلا ، حين رأى ج .ف صديقا قديما يعبر الشارع ، راودته فكرة أن هذا الصديق قد لا يرحب برؤيته .

(٢) التجريد الانتقائى : أى التركيز على تفصيل ينتزع من السياق ويتجاهل التفاصيل الأخرى الأكثر بروزا ، وكذلك تجاهل خصائص الموقف وتصور الخبرة كلها على أساس هذا العنصر . فمثلا ، لاحظ ج .ف أثناء عرضه لموضوع فى قاعة المحاضرات أن زميلين ظهرا كما لو كانا يشعران بالملل ، فتوصل إلى نتيجة أن « الكل يشعر بالملل » .

(٣) التعميم المتزيد : أى التوصل إلى نتيجة تعمم على كل المواقف على أساس حدث مفرد . فمثلا ، حدث سوء تفاهم بين ج.ف ووالديه فاستنتج أنه « لا يستطيع التفاهم مع الجميع » .

(٤) التضخيم والتحجيم : ويؤثران فى تقويم الأهمية النسبية لأحداث معينة . فمثلا ، قرأ « ج.ف » ورقة أسئلة الامتحان فضخم من العمل مفكرا « هذه أسئلة لا يمكن الإجابة عنها » ، كما أنه فى نفس الوقت انتقص من قدرته « لا أعرف شيئا عن هذا الموضوع » .

(٥) التنسيب الشخصى : Personalization أى النزعة إلى الربط بين الذات وأحداث خارجية حين لا يكون هناك أساس للقيام بهذا الربط .

(٦) التفكير الثنائى : ويحدث حين ينزع المريض إلى القيام بالتفسير على أساس « إما وإلّا » أو « الأبيض أو الأسود » . فمثلا ، كان ج.ف يرى نفسه ناجحا يتسم بالكفاءة والشعبية ، ولكنه بعد التحاقه بالجامعة بدأ ينظر إلى نفسه على النقيض عن نظرته الأولى ، فهو غير كفء وفاشل وغير محبوب . وحين قرأ ج.ف فى الجريدة الجامعية أن تحقيقا يجرى مع بعض الطلبة بتهمة السرقة ، بدأ يفكر أن « الدور عليه » .

اختبار الواقع : وهو طريقة تتكون أساسا من تشكيل اعتقاد مختل وظيفيا فى صورة فرض واختباره . فمثلا ، فكر ج.ف أنه سوف يضايق المحصل إذا راجع ما سلمه من نقود ، ولكنه حين اتبع الاستراتيجية العلاجية باختبار تنبؤاته فى هذا الموقف ، وجد أنها كانت خاطئة فى ٩٥٪ من المرات .

الإزاحة من الوسط : **Decentering** يشعر معظم الاكتئابيين أو القلقين بإنهم محط الانتباه من الآخرين الذين يلاحظون سلوكهم ويحكمون عليهم . وهكذا ، فإنهم ينظرون إلى أنفسهم على أنهم مرفوضون وملومون ومعرضون للنقد دائما . فمثلا ، كان ج.ف يفكر فى أنه لو انحرف ولو بدرجة قليلة جدا فى ملبسه عن المألوف ، فإن الناس الآخرين سوف يلاحظون ذلك ويستنكرونه . فلما نفذ الخطة العلاجية بأن يمتنع عن حلق ذقنه يوما واحدا وألا يتأنق كما اعتاد ، وأن يمشى فى الشارع بخطوات مترنحة . وحاول أن يحصى عدد الاستجابات الاستنكارية لمظهره ، وجد أن أحدا لا يبدو أنه يهتم بملاحظته حين سلك على هذا النحو .

التحكم فى مستوى القلق أو المعاناة : يعتقد كثيرون من المصابين بالقلق المزمن أو الحاد بأن قلقهم فى مستوى مرتفع . إلّا أن القلق يحدث عادة فى موجات . فإذا أيقن المريض أن القلق له بداية وقمة ثم يبدأ فى التناقص ، فإن المريض يصبح أقدر على التعامل مع القلق بنجاح أكبر . فمثلا ، قد يتعين على المريض أن يصمد فى موقف اجتماعى إلى أن تمر موجة القلق وتنتهى وهى طريقة شبيهة بالأسلوب المتبع فى زيادة مستوى تحمل القلق من خلال علاج مريض الأجروفوبيا بتعريضه للموقف الذى يستثير لديه القلق . ويكلف المريض بأن يعرض نفسه لخبرة تتزايد فى مدة استثارتها للقلق دون أن يلجأ إلى سند مثل قرص دواء أو القيام بمكالمة تليفونية ، أو

الهرب من الموقف المثير للقلق . وسوف يجد أنه فعلا يستطيع أن يبقى فى هذه المواقف مددا أطول دون زيادة فى المعاناة أو القلق .

الأساليب السلوكية :

نظرا لأن جزءا هاما من التأثير الإيجابى للعلاج المعرفى ينتج عن تطبيق المريض للقواعد خارج جلسة العلاج ، فإنه من المهم مساعدة المريض على التخطيط ليومه وللأسبوع بصورة تعظم من تأثير العلاج . والأساليب السلوكية تكون هامة بخاصة فى بداية العلاج مع المرضى شديدى الاكتئاب إلى الحد الذى لا يمكنهم فيه القيام بالتأمل الباطنى الضرورى للتعامل مع الأفكار أو الافتراضات الأوتوماتيكية . وتتمثل الخطوة الأولى غالبا فى الحصول على معلومات خط الأساس عن طريق سؤال المريض أن يكمل استمارة « جدول النشاط اليومى » . وعلى أساس هذا التقرير ؛ يشرع المعالج والمريض فى جدولة التعيينات المنزلية ، والتى قد تختلف اختلافا كبيرا طبقا للمرحلة المعينة من العلاج .

وفى البداية ، يتفق المعالج والمريض على جدولة الأنشطة التى تساعد فى تعبئة المريض ومقاومة القصور الذاتى الذى يكون موجودا غالبا وبخاصة فى حالات الاكتئاب . ونظرا لأن معظم المرضى يحتاجون إلى التقدم بخطوات صغيرة ، فإن الجدول يتكون من مهام متدرجة لإعطائهم فرصة النجاح دون إجهاد كبير فوق طاقتهم . ويشتمل الجدول التالى على سبيل المثال على الأساليب السلوكية الشائعة :

أعد ج.ف ومعالجه خطة يبادىء بمقتضاها باتصالات اجتماعية من خلال توجيه أسئلة لزميل فى فصل الدراسة ، ثم يتقدم تدريجيا إلى أن يستطيع اتقان أكثر المهام صعوبة بالنسبة له ، وهو طلب موعد من فتاة . ولدعم النجاح ، طلب منه القيام بتقديرات لدرجة الاتقان واللذة والرضا طبقا لخبرته الذاتية . ونظرا لأنه كان متخوفا من أداء هذه التعيينات ، فإنه أجريت بعض الأنشطة التحضيرية خلال المقابلات ، ومنها المران السلوكى الذى لا يمكنه فقط من ممارسة أساليبه فى العيادة ، ولكنه ينشط أيضا الأفكار الأوتوماتيكية السلبية فتتحقق له بذلك فرصة لتقويمها . وقد استخدمت الأساليب السلوكية بوصفها « تجارب مصغرة » لاختبار الفروض المتعلقة بمدى قبوله من الآخرين ومدى كفاءته . فمثلا ، تنبأ ج . ف بأنه سوف

يكون عاجزا تماما عن التقرب من زميلة له فى الدراسة ، وأنها سوف تجده غير جذاب . إلّا أن التجربة أوضحت أنه يمكن أن يتحدث مع أنثى دون أن ينعقد لسانه وأنها لن ترفضه .

مواطن الاستخدام والحدود والنتائج : طبق العلاج المعرفى واختبر فى البداية فى علاج مرضى الاكتئاب أحادى القطب unipolar فى جامعة بنسلفانيا . وقد أوضحت أول دراسة نظامية للنتائج أن تحسنا كبيرا قد حدث باستخدام العلاج المعرفى للاكتئاب استمر لمدة ١٢ اسبوعا فى ٨٠٪ من المرضى . وقد كانت هذه النتائج أفضل من نتائج مجموعة ضابطة عولجت باستخدام imipramine (توفرانيل ، جيجى) . وقد استمر التحسن فى دراسة متابعة لمدة عام . وكذلك أوضحت دراسات أجريت فى جامعة أدنبره ، وبريتيش كولمبيا وبتسبرج ، تفوق العلاج المعرفى – السلوكى أو السلوكى – المعرفى على استخدام العقاقير المضادة للاكتئاب . وقد أوضحت دراسات تمت فى جامعتى مينسوتا وواشنجتون أن العلاج المعرفى يتساوى فى تأثيره مع استخدام العقاقير المضادة للاكتئاب ، بينما أظهرت دراسة فى جامعة أدنبره أن الجمع بين العقاقير والعلاج المعرفى كان متفوقا على أى منهما بمفرده . وقد أوضحت دراسات مضبوطة فعالية العلاج المعرفى فى علاج اضطرابات القلق ، والقلق الاجتماعى وصداع الميجرين ، القلق من الحديث للجماهير ، القلق من الاختبار ، ضبط الغضب والألم المزمن . كذلك أوضحت تجارب أن العلاج المعرفى إضافة لها قيمتها فى العلاج التقليدى لإدمان الهيروين . وكان العلاج المعرفى أكثر فعالية من « العلاج العادى » فى تحسين انصياع مرضى الهوس للعلاج بالليثيوم .

وقد أوضحت دراسات مبدئية أن الجمع بين العلاج المعرفى والعلاج بالعقاقير يمكن أن يفيد فى علاج الهذاءات لدى مرضى الفصام ومساعدتهم فى التخفف من التفكير الخلطى والسلوك الخلطى . وكذلك أوضحت دراسات أخرى أنه يمكن أن يفيد فى علاج « عدم الشهية العصبى » والاعتماد الكحولى والعدوان الجنسى . وقد كشفت بعض الدراسات عن أن أنواعا معينة من الاكتئاب مثل الاكتئاب الذهانى والملانخوليا ضعيفة الاستجابة للعلاج المعرفى – غير أن دراسات حديثة أوضحت أن الاكتئاب الذى لا يستجيب للعلاج المعرفى بمفرده أو العقاقير المضادة للاكتئاب بمفردها قد يستجيب للجمع بينهما .

نماذج وإجراءات سلوكية – معرفية أخرى :

يشترك المنهجان السلوكى والمعرفى فى أن كلا منهما يركز على الأعراض الظاهرة أكثر مما يركز على أسباب دينامية مفترضة . كما أن كلا منهما يؤكد على السلوك فى الحاضر أكثر مما يركز على خبرات الماضى . وفى كل منهما يشارك المعالج بإيجابية فى إعداد برنامج علاجى معين . وبينما يرى بيك أن العلاج السلوكى هو فرع من العلاج المعرفى ، وأنه يعمل أساسا من خلال تغيير المعرفيات ، فإن الأدب المعاصر فى تعديل السلوك يناقش مناهج العلاج المعرفى تحت عناوين مثل : « إعادة البناء المعرفى » و « إعادة البناء العقلانى » ، الخ .

منهج جولدفريد ، وجولدفريد فى إعادة البناء المعرفى : وهو مثال واضح للتكامل بين العلاج المعرفى والاستراتيجيات السلوكية المساندة فى إعادة البناء المعرفى ، ويهدف إلى مساعدة العميل على تعديل الجمل الداخلية أى ما يقوله لنفسه ، إذ يتعلم العميل أولا كيف تسبب الجمل الداخلية المشكلات الانفعالية ، ثم يتخيل العميل موقفا مشكلا (ربما فى ترتيب هيراركى) ، ويتعلم الكشف عن التعبيرات الذاتية غير المرغوبة والتى تصدر عنه فى هذه المواقف ويتدرب على التغييرات الذاتية المرغوبة بدلا منها . وقد يتوافق هذا المنهج الكلى مع نمذجة يقوم بها المعالج ، وتمرينات سلوكية أو محاكاة فى جماعة .

وفى منهج علاجى لجولدفريد وزملائه (١٣ ، ص ١٣٠) للتحكم الذاتى فى القلق ، يتعلم العميل كيف يعدل من تناوله للموقف ، فيعرض العميل أولا لموقف مثير للقلق إما عن طريق التخيل أو لعب الأدوار ، ثم يتعلم كيف يقوم قلقه واستخدام القلق بوصفه هاديا cue لتحديد الاتجاهات الهازمة للذات والمثيرة للقلق وتوقعاته عن الموقف وبخاصة ما يقوله لنفسه . ثم يعاد تقويم هذه التعبيرات الذاتية عقلانيا ، وأخيرا يقترح المعالج أو ينمذج استراتيجيات التغيير ، بقصد تعديل التعبيرات الذاتية الخطأ والافتراضات اللاعقلانية ، ويلاحظ أن هذا المنهج يتأثر بوضوح بمنهج العلاج العقلانى – الانفعالى لإليس ، وهو منهج يراه البعض جزءا من المنهج الحديث فى تعديل السلوك ، بينما يراه آخرون مرتبطا ارتباطا وثيقا بتعديل

السلوك . ولكن من المحقق أن هذا المنهج كان له تأثير بالغ فى السنين الأخيرة فى التعديل المعرفى للسلوك .

منهج ميشينباوم وزملائه : رغم أن العلاج العقلانى – الانفعالى يعتمد اعتمادا كبيرا على الفحص الذاتى المنطقى ، إلا أن إضافة أساليب سلوكية كان له تأثير فى زيادة فعاليته . ويتمثل هذا التدعيم المتبادل بين المناهج المعرفية والسلوكية أحسن ما يتمثل فى المنهج الذى يتبعه ميشينباوم وزملاؤه فى الجمع بين مكونات سلوكية مثل النمذجة والمهام المتدرجة والتمرينات المعينة والتدعيم الذاتى . وقد استطاع من خلال منهجه فى تعديل التعبيرات الذاتية أن يحدث تغييرات مرغوبة فى الأطفال الزائدى النشاط والاندفاعيين ، وفى الناس الذين يرغبون فى تحسين الابتكارية أو التخفف من الإجهاد والقلق ، أو الخوف من الثعابين أو من الاختبارات ، والتسلسل المعتاد الذى يتبعه ميشينباوم يكون غالبا على النحو التالى :

يبدأ النموذج (المعالج مثلا) بتأدية العمل المطلوب بينما هو يتحدث إلى نفسه بصوت عالٍ ، وينمذج تعبيرات ذاتية . ثم يؤدى العميل العمل طبقا لتعليمات المعالج ، وبعد ذلك يؤدى العميل العمل وهو يملى على نفسه التعليمات بصوت عالٍ ، وبعدها يؤدى العمل وهو يهمس وأخيرا يؤديه وهو يوجه التعليمات إلى نفسه بصورة غير ظاهرة . ويراعى أن تكون التعبيرات اللفظية والصور المرتبطة بها والتى يتدرب عليها العميل . نوعية خاصة بالمشكلة أو العمل المعين . وهى قد تشمل أسئلة (وإجابات) عن طبيعة العمل ، وتعليمات توجه الأداء وتدعيمات ذاتية تعين على مواجهة الإحباط وعدم التأكد والقلق . فمثلا طفل زائد النشاط قد يقول لنفسه : « تمهل » قف وفكر قبل إعطاء الاجابة ، الخ . وقد طبق ميشينباوم وكاميرون هذا المنهج على مجموعة من الفصاميين دربوا فى مستشفى على التعليمات الذاتية تدريبا ممتدا استخدم فيه الإشراط الإجرائى لتعليم المرضى التوقف والتفكير قبل الاستجابة واستخدام التعليمات الذاتية مثل : « انتبه ، انصت ، كرر التعليمات ، تجاهل ما يشتت انتباهك » . وقد تعلم المرضى أيضا أن يكونوا أكثر حساسية للمهديات الصادرة عن الآخرين وأن يستعينوا بهذه المعلومات للسلوك مسلكا أحسن . ويتضمن ذلك تعليمات ذاتية مثل : « لتكن متماسكا ، متسقا ، مفهوما » الخ . وقد أدى ذلك إلى أن يظهر المرضى زيادة فى « الكلام السليم » فى مقابلة محددة البنيان

وتحسن فى مهام معرفية وانتباهية كثيرة ، وقد نجح هذا الأسلوب أيضا فى علاج القلق المرتبط بمخاطبة الجماهير .. ويرى ميشينباوم أن الأفراد الذين يخبرون القلق فى مواقف عديدة يستفيدون من منهج « التعبيرات الذاتية » بينما قد تكون إزالة الحساسية أفضل للأفراد الذين يعانون من قلق نوعى فى موقف معين .

وقف الأفكار : Thought Stopping : وهو إجراء اقترحه باين **Bain** عام ١٩٢٨ وروج له فولبى . وفى هذا الإجراء يطلب من العميل أن يقفل عينيه وأن ينخرط فى أفكاره غير المرغوبة ، ثم يصرخ المعالج بصوت عالٍ « قف » **stop** (أى أوقف هذه الأفكار) . ويؤدى ذلك بالعميل المذعور إلى وقف الأفكار غير المرغوبة . وهو ما يشير إليه المعالج ، ويكرر الإجراء مرة أخرى ، ثم يطلب من العميل أن يقوم بذلك بنفسه بصوت عالٍ وأن يكرر ذلك فى المنزل أولا بصوت عالٍ ثم بالتدريج بصوت غير ظاهر . وسرعان ما يتعلم العميل أن يكون قادرا على وقف الأفكار غير المرغوبة . وتصبح العملية آلية مع مرور الزمن . ويقرر مكيولاس (١٣ ، ص ١٣٢) أن هذا الإجراء فعال ويمكن تعلمه بسرعة لوقف أفكار مثل تلك التى تعوق الاستذكار ، وكذلك الأفكار اللاعقلانية والوسواسية أو الأفكار فى تسلسل سلوكى يؤدى إلى الخوف . ويمكن زيادة تأثير وقف الأفكار من خلال الجمع بينه وبين إجراء آخر مثل صدمة كهربائية أو ضرب المائدة بقبضة اليد بعنف ، ولكنه يكون أفضل مع إجراءات مثل التحكم غير الظاهر . ويجد القارىء فى مقام آخر فى هذا الكتاب عرضا لحالة قدمها سمعان واستعان فيها بإجراء « وقف الأفكار » مع إجراءات أخرى . كما استخدم هذا الإجراء لوقف الأفكار المرتبطة بنوبات الصرع ، وفى الإرشاد الزواجى (شك الزوجين فى وفاء كل منهما للآخر) ، وكذلك فى التخلص من بعض المخاوف مثل خوف مرضى لامرأة من أن يكون رجل مختبئا فى مكان ما من غرفة نومها . وفى هذه الحالة الأخيرة يجمع بين وقف الأفكار وبين التأكيد غير الظاهر والذى تقول فيه المرأة لنفسها بصورة تأكيدية قوية ما يناقض المشكلة مثلا « ليس هناك أحد مختبئا فى هذا الدولاب الغبى » . والتأكيد غير الظاهر شبيه بالتعبيرات الذاتية التى سبق مناقشتها ، وبالتحكم غير الظاهر الذى نناقشه فى الفقرة التالية :

التحكم الإجرائى غير الظاهر : Coverant Control من المفيد غالبا اعتبار الأفكار استجابات غير ظاهرة يمكن تغييرها عن طريق الإشراط الإجرائى . وتجمع

الكلمة الإنجليزية coverant بين مقطعين من الكلمتين covert operant وهو مصطلح اقترحه هوم ويشير التحكم الإجرائى غير الظاهر إلى منهج للإشراط الإجرائى للأفكار . ويتكون من التعرف على الأفكار أو التعبيرات الذاتية التى ترغب فى زيادتها لدى العميل فى المواقف المختلفة ، ثم تعليم العميل إصدار هذه الأفكار الإجرائية غير الظاهرة حين يكون فى الموقف الملائم وأن يدعم نفسه للقيام بذلك . ويجب أن تكون هذه الأفكار مختصرة وقابلة للتصديق . وكان جونسون (فى ١٣ ، ص ١٣٣) يطلب من العميل أن يكتب هذه العبارات فى بطاقات صغيرة يحملها معه . وقد عالج تود امرأة من اكتئابها عن طريق وضع ست بطاقات وصفية إيجابية فى علبة السجائر . وكانت تقرأ عبارة أو عبارتين منها قبل التدخين ، ثم تضاف تدريجيا بطاقات أخرى إلى القائمة . وقد أدى ذلك إلى زيادة الأفكار الإيجابية وإلى نقص فى الاكتئاب . وإذا كانت الأفكار الإجرائية غير الظاهرة التى يراد زيادتها عامة لا ترتبط بموقف معين ، فإن حياة العميل مليئة بالمدعمات التى يمكن استخدامها فى مواقف مختلفة . ومن ذلك مثلا أن يطلب من العميل أن يكرر لنفسه القول : « اننى مسئول عن سلوكى » فى كل مرة يسلك فيها مسلكا معينا مثل فتح خطاب يصل إليه بالبريد أو مثل تناوله شرابا ، الخ . أما إذا كانت الفكرة مرتبطة بموقف معين ، فإنه يتعين حملها مثلا مكتوبة فى بطاقة توضع فى علبة السجائر أو فى محفظة النقود أو فى مفكرة الجيب ، وقد استخدم هوم هذه الأفكار الإجرائية غير الظاهرة المؤيدة للسلوك مع سلوك يختلف عنه . فمثلا ، لإنقاص التدخين قد يقول المدخن فى وجود السجائر : « التدخين يسبب السرطان » ويتبع ذلك بقوله « إن صحتى سوف تكون أحسن إذا لم أدخن » ويتبع ذلك بشرب عصير فاكهة مثلا .

الإشراط الاستجابى (الكلاسيكى) اللفظى : بينما يستخدم الإشراط الإجرائى لزيادة أو إنقاص احتمال قيام أفكار أو كلمات أو تعبيرات لفظية معينة ، فإن الإشراط الاستجابى قد يستخدم لتغيير الوجدانات المرتبطة بها مثل الاستجابات الانفعالية التى تستثيرها كلمات معينة . وتشير الدراسات إلى أن تغيير الوجدان الذى تستثيره كلمات معينة ينتج تغييرات فى السلوك المرتبط بها . وربما كانت الكلمات جزءا من تسلسل سلوكى معقد بحيث يؤدى تغييرها إلى تغيير السلوك . وربما كان الإشراط المبنى على كلمات ينتج عنه (أو يعمم إلى) إشراط للصور والمركبات

الأخرى التى تؤثر فى السلوك . والمرجو أن تسهم البحوث فى هذا المجال فى زيادة فهمنا لجزء مما يحدث فى العلاج عن طريق الكلمات ولطرق زيادة فعاليته . وقد استخدم حكمت وفانيان (فى ١٣ ، ص ١٣٥) إجراء أسمياه « إزالة الحساسية السيمانطيقية » يتكون من إشراط مضاد للتأثير السلبى للكلمات المرتبطة بالمخاوف وقد استطاعا جعل طلبة جامعيين ممن يعانون من الخوف المرضى من الثعابين ، الربط بين كلمة « ثعبان » وكلمة سارة مثل « جميل » وذلك عن طريق خلق ما يجمع بين الكلمتين ، مثل تخيل ثعبان جميل . ويقرر الباحثان أن استخدام هذا الإجراء قد نتج عنه تقييم أقل سلبية لكلمة « ثعبان » فى مقياس سيمانتى فارق وخوف أقل من الثعابين على أساس الاستجابة لاختبار « جدول مسح الخوف » ، وخوف أقل فى السلوك الفعلى إزاء ثعبان حى . ويطلق حكمت وفانيان أيضا مصطلح « الإشراط السيمانطيقى المضاد » على الإجراء وهى تسمية قد تكون أدق ، وهما يريان أن النتائج التى حصلا عليها هى بفعل الإشراط المضاد للمعنى ، وأن إجراءات أخرى فى تعديل السلوك قد لا تكون أكثر من إزالة حساسية سيمانطيقية . إلّا أن استخدامهما للصور يفتح المجال لتفسيرات أخرى مثل الإشراط المضاد للصور الوسيطة ، وفى دراسة تالية وجد حكمت أن إزالة الحساسية السيمانطيقية والتخلص التدريجى من الحساسية يتساويان فى الفعالية فى إنقاص المخاوف المرضية وأن كلا منهما كان أكثر فعالية من « علاج الإثارة عن طريق الأخيلة » ، إلّا أن إزالة الحساسية السيمانطيقية تستغرق وقتا أقل للحصول على نفس النتائج . ويقدم فيسوكى Wisocki (فى ١٣ ، ص ١٣٦) حالة جمع فيها بين مناهج غير ظاهرة عديدة . وكانت لشاب عمره ٢٦ عاما ظل يتعاطى الهيروين لمدة ثلاث سنوات ، وكان يحمل مشاعر سلبية نحو نفسه ونحو المجتمع . وقد استخدم معه التدعيم غير الظاهر لتخيل رفض الهيروين ولتدعيم الأفكار المضادة للتعاطى . واستخدمت أيضا الحساسية غير الظاهرة والتى جمعت بين تخيل مناظر ترتبط بالحصول على الهيروين أو استخدامه وبين مناظر منفرة تشمل هجوم العناكب عليه أو القاءه فى المجارى . ولم يستخدم التقيؤ للتنفير نظرا لأنه يرتبط إيجابيا بصنف جيد من الهيروين . واستخدم « وقف الأفكار » للتخلص من « مفهوم الذات » غير الطيب (مثل أنه قبيح الشكل وقذر) ، بينما استخدم التدعيم غير الظاهر لتدعيم الأفكار المرغوبة بدلا منها . وكذلك استخدم « وقف الأفكار » والتدعيم غير الظاهر أيضا لعلاج القلق الاجتماعى – وقد استمر العلاج لمدة أربعة

شهور . وفى متابعة أجريت بعد ١٨ شهرا ، كان العميل قد تحرر تماما من تعاطى الهيروين وحصل على عمل جديد وله حياة اجتماعية نشطة .

التنسيب : Attribution(*) : وهو إسهام هام من جانب علم النفس الاجتماعى إلى تعديل السلوك ، ويقصد به إدراك وشرح أسباب الأحداث . فالناس يدركون العوامل المختلفة التى تؤثر فى حياتهم . وهذه السببية المدركة (التنسيب) قد تؤثر فى سلوكهم . وكل فرد قد يخطىء بدرجات مختلفة فى إدراك نفسه وبيئته بطرق معقدة . وهذا الخطأ فى الإدراك يمكن أن يقود الشخص إلى أن ينسب عوامل صغيرة أو غير ذات دلالة إلى الأسباب الخطأ ، ومن ثم لا يدرك الأسباب الأكثر أهمية ودلالة . فمثلا ، قد ينسب شخص سوء علاقته بجيرانه إلى الفروق الدينية ، بينما يكون السبب الحقيقى هو نقص كفاءته فى العلاقات البينشخصية . ومن ثم فإن من مهام العلاج النفسى التعرف على تنسيبات العميل وتصحيحها . وتكشف بحوث التنسيب عن أهمية التأكيد على مناهج الضبط الذاتى فى تعديل السلوك ، ويبدو أنه يمكن تحقيق تعديل أكبر فى الاتجاه وفى السلوك إذا كان العميل ينسب التغيرات إلى نفسه بدلا من أن ينسبها إلى عوامل خارجية مثل تناول عقار أو معاملة الآخرين له . فمثلا ، حين يستخدم عقار للمساعدة فى برنامج علاجى ، يكون من المهم ألا ينسب العميل معظم التأثير العلاجى إلى العقار ، وذلك بالرغم من أن البحوث تكشف عن أن الإجراءات العلاجية مثل إزالة الحساسية تكون فعالة حتى إذا نسب العميل التأثير (مثل الاسترخاء) إلى العقار . ويجب بعامة أن ينظر العميل إلى العقار بوصفه مساعدا على اكتساب مهارات الضبط الذاتى و /أو بوصفه أداة انتقالية تحدث تأثيرات طويلة المدى مثل الإشراط المضاد سوف تستمر حتى بعد إنهاء استخدام العقار . ومن الأساليب المستخدمة أحيانا ما يسمى « خطأ التنسيب » **misattribution** ، وفيه يعرض مريض يعانى من مخاوف مثلا إلى موضوع الخوف وفى نفس الوقت إلى منبه آخر مثل صوت مرتفع ، ويشجع على الاعتقاد بأن مشاعر القلق لديه سببها الصوت المرتفع وليس موضوع الخوف . ولكن نتائج البحوث فى هذا المجال متناقضة ، ولا تقدم تفسيرا واضحا للتأثير .

---

* ارجع إلى الفصل الثالث فى كتابنا « سيكولوجية الجماعات والقيادة » ، الجزء الأول ، الهيئة المصرية العامة للكتاب ، القاهرة ، ١٩٨٩ .

والخلاصة أن المناهج والاجراءات المعرفية السابقة تكون غالبا مفيدة بوصفها مصاحبة للعلاج السلوكى وأنها أسهمت فى التقريب بين المنهجين السلوكى والمعرفى .

الفصل الحادي عشر

تطبيقات تعديل السلوك
في المدرسة

أهداف تعديل السلوك فى المدرسة :

يقدر ر.فانس هول فى تقديمه لكتاب سول آكسلرود (١) أن عجز المدرسة عن حل مشكلات الطفل كان نتيجة لأربعة عوامل هى : التركيز على ماضى الطفل بدلا من بيئته الحاضرة ، وذلك بتأثير التحليل النفسى الذى يرجع مشاكل الحاضر إلى جذور الماضى فى تاريخ حياة الشخص مما أدى إلى البحث عن التنشئة المنزلية الأولى وإلى صرف النظر عن الحاضر ، (٢) اعتبار السلوك الملحوظ مجرد عَرَض لديناميات سيكولوجية كامنة فى الذات الداخلية ومرتبطة بهيراركية الحاجات ، مما أدى إلى صرف النظر عن المشكلة ذاتها والتركيز على الكشف عن عدم الاتزان النفسى الداخلى بدلا من التركيز على المشكلة السلوكية الملحوظة ؛ (٣) التركيز فى إطار منهج السمات وحركة القياس السيكولوجى على تصنيف السلوك أو أنماطه وعنونتها بمصطلحات . وقد شجع على هذا التصنيف انتشار الاختبارات السيكولوجية بصرف النظر عن عدم توفر الدليل على تقديمها مساعدة دالة للمدرس فى العمل مع تلاميذه ، بل قد تكون العنونة ضارة حين تدفع المدرس إلى اليأس من اصلاح حال تلميذ « شديد الاضطراب » أو « متخلف » ، الخ . (٤) النظر إلى السلوك غير المباشر من خلال اختبارات الذكاء والشخصية والنظر إلى القياس فى إطار عينات فقط من السلوك وبصورة غير مباشرة بدلا من النظر مباشرة إلى السلوك ومحاولة قياسه . ويعتقد هول أن ما أصبح يسمى بـ « تعديل السلوك » قد فتح الباب أمام المدرس للاسهام فى حل مشكلات تلاميذه . ويحاول هول إزالة ما يراه سوء فهم عالق بهذا المنهج،، فهو ليس سيكولوجية فأر التجربة ، وهو ليس بلسما سحريا يعالج كل مشكلات التلميذ فى الفصل وهو ليس منهجا علميا باردا خاليا من الأخلاق وحرارة العلاقة .

ويهتم المنهج بتعديل السلوك فى الوجهة المرغوبة أى تقوية السلوك الملائم وإضعاف السلوك غير الملائم . ويستند إلى نظرية التعلم فيركز على سلوك الفرد فى الحاضر وتفاعله مع البيئة الحاضرة ، أى أنه يهتم بملاحظة ما يفعله التلميذ الآن وبصورة مباشرة ودقيقة وكيف تؤثر البيئة فيما يفعله . ولا يهتم المنهج بتشخيص الأسباب المرتبطة بالماضى البعيد والمراحل الأولى فى الارتقاء . كما أنه لا يهتم بإطلاق

عناوين تصنيفية على الطفل طبقا لسمات أو لنتائج اختبارات . ويحدث تعديل السلوك قدر الإمكان فى الموقع الذى تحدث فيه المشكلة ، أى فى الفصل وتحت إشراف المدرس بدلا من العيادة ، فيطبق فى الفصل ما ثبت نجاحه من أساليب للإقلال من السلوك غير المناسب وزيادة مستوى التحصيل . ويتطلب ذلك أن يغير المدرس من سلوكه وأن يحتفظ بسجلات يومية لسلوك وأداء التلاميذ .

إجراءات تعديل السلوك فى المدرسة :

ويقصد بالسلوك فى إطار « تعديل السلوك » كل ما يفعله الطفل مثل القراءة والكتابة والجلوس على مقعده والتحدث مع جاره ، وليس فقط اتباعه لتعليمات المدرس ونواهيه . وطبقا لسكينر فإن « السلوك الإجرائى » هو استجابة إرادية مثل قراءة كتاب وإكمال واجب منزلى والجدل مع المدرس وحل مسألة حسابية . ويتأثر معدل حدوث السلوك الإجرائى بالأحداث التى تتبعه أى « عواقب » السلوك . فإذا كانت هذه العواقب إيجابية ، ازداد احتمال زيادة معدل السلوك . فمثلا ، إذا ابتسم المدرس دائما للتلميذ حين يقدم له التحية ، فإن الاحتمال يزداد فى أن يواصل التلميذ أداء التحية لمدرسه لأن ابتسامته تشيع السرور فى نفسه ولكن إذا كان المدرس دائما يؤنب التلميذ على شىء فعله حين يحييه ، فإن الأرجح أن يكف التلميذ عن مواصلة تقديم التحية للمدرس . وقد سبق أن ذكرنا أن هذه العملية التى تزيد بها أو تنقص عواقب السلوك ، معدل السلوك فى المستقبل تسمى « الإشراط الإجرائى » . ولكى يكون للعواقب أقصى تأثير لها على السلوك ، فإنه من الضرورى ترتيبها فى أسلوب ارتباطى إشراطى ، أى أن تتوقف العواقب التى يتلقاها التلميذ على أدائه ، كأن تمنح المدرسة للطفل وقتا إضافيا للعب فقط إذا اتبع قواعد النظام فى الفصل ، وهو ما يزداد معه احتمال أن يواصل الطفل اتباع قواعد النظام بعكس ما إذا كان يحصل على الوقت الإضافى بصرف النظر عن اتباع هذه القواعد أو عدم اتباعها ، أى فى صورة غير إشراطية . وفى تعديل السلوك طبقا للإشراط الإجرائى ، يلاحظ المدرس عادة تكرار أو نوعية سلوك الطفل فى « ظرف أو فى مرحلة الأساس » ، وفيه يسجل أداء الفرد أو الجماعة خلال فترة زمنية قبل إدخال أى إجراءات خاصة ، بعدها يستخدم المدرس الإجراء الذى يقصد به تعديل السلوك . وتسمى هذه المرحلة « المرحلة التجريبية » ، ولكن يطلق عليها عادة وصف للإجراء المعين مثل : « فترة راحة

إضافية بعد إكمال الواجب » أو « تجاهل النوبات » أو « التدعيم » الخ .. فإذا تحسن سلوك الطفل ، فإن المدرس قد يتساءل عما إذا كان ذلك يرجع حقيقة إلى الإجراء المتخذ أم إلى سبب آخر مثل نضج التلميذ . ولذلك فهو قد يعيد الطفل إلى « ظرف الأساس » فى مرحلة تعرف بـ « مرحلة الأساس » أو « العكس » reversal . فإذا عاد سلوك الطفل إلى ما كان عليه فى مرحلة الأساس ، فإن ذلك يثبت له أن تحسن السلوك يرجع فعلا إلى الإجراء المتخذ فى المرحلة التجريبية . ومن ثم فإنه يعيد الإجراء فى هذه المرحلة الأخيرة أو « التدعيم » . فإذا تحسن السلوك ، كان ذلك دليلا إضافيا . وفى الغالب يستمر استخدام الإجراء التجريبى ولكن يتم القياس على فترات أكثر تباعدا بقصد التحقق من استمرارية تحسين السلوك .

طرق زيادة معدل السلوك المرغوب :

ومن الطرق العديدة لزيادة معدل السلوك المرغوب :

(١) **التدعيم الإيجابى** : ويتضمن تقديم شىء سار للطفل مثل مدح أو ثناء أو منحه امتيازا ما يرتبط بأداء السلوك المرغوب مثل زيادة وقت اللعب أو منحه نجمة فى لوحة إذا نجح بنسبة ٨٠٪ مثلا فى اختبار للإملاء . ولكى يحقق « المدعم الإيجابى » أكبر تأثير له يفضل تقديمه مباشرة بعد وقوع السلوك المرغوب وذلك لكى يربط الطفل بين التدعيم والسلوك . أما إذا طالت الفترة ، فقد يدعم المدرس سلوكا آخر عند تقديمه المكافأة مثل ضرب التلميذ المكافأ لتلميذ آخر . ويحدث ذلك إذا قنع المدرس بالجلوس فى مكتبه وتصحيح إجابات التلاميذ عند نهاية الفترة .

وقد سبق أن ناقشنا أوجه استخدام « الماركات » الرمزية كما إننا سنعود إلى مناقشتها لأهميتها فى فقرات تالية . وكان ستاتس (فى ١٩) من أوائل من ابتكر هذا النظام فى علاج حالات التلاميذ المتخلفين فى القراءة . وقد استخدم ستاتس أساليب التدعيم فى تعليم ابنته منذ كان عمرها ثمانية عشر شهرا ، تمييز الأعداد والعد . فكان يمسك مثلا فى يده حبة عنب وفى اليد الأخرى حبتين ويسأل الطفلة : هل تريد حبة واحدة (يظهرها حينئذ) أم حبتين (يظهر اليد الأخرى) . وقد تعلمت الطفلة بسرعة تمييز الأعداد فكانت تقول « اثنين » وتشير إلى الحبتين ، ويدعم ستاتس ذلك بإعطائها الحبتين . وقد اتسع نطاق

هذه التجارب بعد ذلك فشملت أعدادا أكبر وموضوعات غير القراءة وتناولت عينات متنوعة مثل المتخلفين عقليا والأطفال المشكلين . وعادة يكتب المدرس على السبورة السلوك المطلوب (مثل الجلوس ، رفع الأيدى طلبا للإذن بالكلام ، الانتباه ، عدم ترك الأشياء على المقعد ، الخ .) وأن يذكر المدرس أن التلميذ سوف يعطى « ماركات » عن أدائه للسلوك المطلوب وأن هذه الماركات يمكن استبدالها بعد كل فترة ، ثم بعد ذلك كل يومين ثم ثلاثة ثم أربعة أيام . وتصمم الخطة بحيث تستبدل هذه المدعمات تدريجيا بالمدعمات التقليدية مثل ثناء المدرس وكذلك تعطى فقط للجماعة عن درجة الهدوء على أن تستبدل هذه النقط بحلوى مثلا . وقد أدى ذلك فى بعض التجارب إلى انخفاض نسبة السلوك المشاغب من مدى ٦٦٪ - ٩٩٪ إلى مدى ٤٪ - ٣٢٪ خلال فترة التجربة .

وقد نشأت نماذج بديلة للفصل وللمدرسة يستخدم فيها نظام « الماركات » ومنها « **المدرسة الحرة** » **Free School** « **والفصل المفتوح** » . ويؤكد النموذج الأخير على أهمية البيئة المخططة بعناية ، فيتفق بذلك مع منهج تعديل السلوك بل ويكمله . أما نموذج « المدرسة الحرة » فهو يقوم على أساس الافتراض بأن السلوك تحدده قوى داخلية لأفراد مستقلين ، ولذلك فهو نموذج لا يتواءم مع تعديل السلوك ومع الفصل المفتوح اللذين يؤكدان على التخطيط البيئوى . وتتمثل أسس الفصل المفتوح فى اليوم المتكامل والتعليم الفردى والتجمع العائلى واستخدام الكثير من المواد . فقد نجد فى نفس الفصل كل جوانب البيئة فى نفس الوقت : القراءة والكتابة والحساب والرسم والتمثيل والموسيقى ، وبذلك تتكامل خبرة التلميذ وتبقى على اهتمامه طول اليوم . أما التجمع العائلى أو الرأسى ، فهو قد يضم تلاميذ ينتمون إلى فرق دراسية مختلفة قد يصل مداها إلى ثلاثة ، فنجد فى نفس الفصل تلاميذ من الفرق الخامسة والسادسة والسابعة مثلا . وتصف كلمة « العائلة » هنا العملية ، لأن الفصل يخطط عمدا ليشبه العائلة ، فالتلاميذ الكبار يساعدون الصغار ، وتخطط بيئة الفصل بحيث تشبه امتدادا للمنزل والعائلة ، وبذلك يتعلم التلاميذ أن يكون الزملاء مصدرا للتدعيم . وكل تلميذ يتعلم طبقا لمعدله هو . وتستخدم المواد المتاحة فى البيئة مثل الماء والرمل وأدوات المنزل كمنبهات لتشكل السلوك وتبقى

عليه ، ومن ذلك اتخاذ القرار والتوجيه الذاتى . ويشبه كرازنر وكرازنر (فى ١٩ ، ص ٣٧٤) الفصل الذى تستخدم فيه « الماركات » بالمجتمع « اليوتوبيا » الذى نادى به سكينر فى كتابه Walden Two فكلاهما مبنى على أساس الإشراط الإجرائى ، فالمستقبل هو فى تقديرهما لتطبيق مبادىء تعديل السلوك ونظام الماركات فى إطار « الفصل المفتوح » وفى نمط جديد من الممارسة التربوية والبيئة المخططة .

(٢) **التدعيم السلبى** : وفيه يزيل المدرس شيئا غير مرغوب من التلميذ إذا تحسن أداؤه كأن يعفى التلميذ من أداء الواجب المنزلى ، وهو المدعم السلبى . ويحقق كل من التدعيم الإيجابى والسلبى زيادة معدل السلوك ، إلّا أنه فى التدعيم الإيجابى ينتج عن السلوك المستهدف تقديم شيء مرغوب ، بينما ينتج فى التدعيم السلبى عن السلوك إزالة شيء غير مرغوب . ولكن التدعيم السلبى مثل صراخ المدرس فى وجه الأطفال إذا انغمسوا فى الصخب ، قد يكون من نتيجته كف التلاميذ عن الصخب ولكنه قد يفقد فعاليته . ومن الأفيد مكافأة التلميذ عند توقفه عن الصخب .

(٣) **التدعيم الفارق والتشكيل** : **Shaping** ويستخدم حين يكون حدوث السلوك نادرا أو معدوما ، ويتضمن التدعيم التدريجى للسلوك إلى أن يحدث السلوك المرغوب ، ومن أمثلة التدعيم الفارق أن يثنى المدرس على سلوك مرغوب من قبل التلميذ بينما يتجاهله التلميذ فى كل الأوقات الأخرى . إلّا أنه من الأصعب جدا تعليم سلوك لا يصدر عن التلميذ أو يكون صدوره عنه نادرا . وفى التشكيل يحدد المدرس أولا إلى أى حد يكون فيه التلميذ قريبا من أن يكون قادرا على أداء السلوك المرغوب والذى يعرف بالسلوك النهائى **terminal behavior** ثم يطلب المدرس من التلميذ أداء سلسلة من السلوك تقترب تدريجيا من السلوك النهائى . وفى كل مرة ينجح فيها التلميذ يكافئه المدرس إلى أن ينجح فى أداء السلوك النهائى بصورة ثابتة . والفرق بين التدعيم الفارق والتشكيل هو أنه فى الأول يحاول المدرس تعديل معدل سلوك يؤديه التلميذ ، بينما يكون الهدف فى التشكيل هو تعليم سلوك جديد أو سلوك يندر حدوثه . ومن أمثلة التشكيل ما تم فى علاج فرد كان يصر على عدم وضع نظارته بالرغم مما يؤدى إليه ذلك من إصابته بالعمى إذا استمر على إصراره .

وقد تمثل أسلوب التشكيل فى وضع عدد من إطارات النظارات الخالية فى حجرة المستشفى التى كان يقيم بها هذا الشخص . وقد كان يكافأ بمقدار صغير من الحلوى إذا أمسك بإطار النظارة ثم كان يتعين عليه بعد ذلك لكى يحصل على التدعيم أن يقرب الإطار من عينيه ، وهكذا بالتدريج إلى أن أصبح من الممكن وضع العدسات فى الإطار ولبسها ، وقد كان ذلك شرطا للسماح له بالقيام بما يرغب فيه من أمور مثل الطعام أو اللعب . وقد وجد أنه كان يحتفظ بالنظارة فوق عينيه بعد خروجه من المستشفى لمدة تقرب من ١٢ ساعة يوميا . وقد يستخدم أسلوب التشكيل مثلا فى تعليم طفل قضاء وقت فى المذاكرة داخل الفصل أطول مما يقضيه عادة وذلك بالسماح له مثلا بقضاء وقت فى اللعب إذا زاد الوقت الذى يقضيه فى المذاكرة ، ثم التدرج فى زيادة وقت المذاكرة مع إنقاص وقت اللعب (١ ، ص ١٠) . وأسلوب التشكيل هو الأسلوب المطبق فى التعليم المبرمج ، فيبدأ بمستوى مناسب للفرد ، ثم يتقدم تدريجيا عن طريق دعم إجاباته عن الأسئلة بالتأكيد على صحتها . فإذا فشل فإنه يوجه إلى المستوى المناسب ، وهكذا إلى أن يكمل أداء العمل المطلوب .

الإذبال : **Fading** وهو أسلوب يستخدم فى حالة ما إذا كان الطفل يستطيع أداء السلوك ولكنه لا يؤديه فى المواقف المرغوبة ، كأن يضع الطفل النظارة على عينيه فى المنزل وليس فى المدرسة ، أو قد يتحدث بطلاقة فى المنزل ولكنه يرفض التحدث مع زملاء الفصل أو الجيران ؛ أو قد يجلس صامتا فى المكتبة وليس فى الفصل . ويتمثل الأسلوب فى التغيير التدريجى للظروف التى يحدث فيها السلوك من موقف إلى موقف جديد . وفى تجربة لعلاج سبعة أطفال شديدى الاضطراب الانفعالى ومنهم حالات صداء لفظى **echolalic speech** وفيها يعيد الطفل ما يوجه إليه من كلام حتى لو كان سؤالا يطلب منه الإجابة عنه . فإذا سئل الطفل . ما اسمك ؟ أجاب « ما اسمك ؟ » . وقد بدأ العلاج بإشارة المدرس إلى قميصه وقوله : « قميص » . فإذا ذكر الطفل « قميص » أعطى مقدارا صغيرا من الحلوى على سبيل التدعيم . وتكرر العملية عدة مرات إلى أن يستطيع الطفل ذكر كلمة « قميص » بصورة ثابتة ومتسقة . وفى الخطوة الثانية ، يسأل المدرس : « ما هذا ؟ قميص » ولكنه يذكر المقطع الأول « ما هذا ؟ » بصوت منخفض والمقطع الثانى « قميص » بصوت مرتفع .

وحين يجيب التلميذ بانتظام بكلمة « قميص » يستمر المدرس فى توجيه نفس السؤال ، ولكن مع رفع الصوت تدريجيا فى المقطع الأول وخفضه تدريجيا فى المقطع الثانى إلى أن يصل إلى الخطوة النهائية وهى السؤال : « ما هذا ؟ » بصوت عادى ويجيب التلميذ بانتظام بكلمة « قميص » . وقد استطاع المدرس بهذا الأسلوب تعليم الطفل تسمية ١٣٦ فقرة من مائتى فقرة تعرض لها فى ٦٥ ساعة من التدريب وشملت أجزاء من جسمه ولعبا وملابس وأطعمة وصور حيوانات وأدوات منزلية . ومن الممكن استخدام الأسلوب فى قراءة كلمة تصاحبها صورة تختفى تدريجيا وكذلك فى تعليم الحساب أو كتابة الحروف تدريجيا .

جداول التدعيم :

(١) **جدول التدعيم المستمر** هو الترتيب الذى يتبع فيه التدعيم كل سلوك مرغوب كأن يربت والد على ظهر ابنه بعد كل كلمة يقرأها قراءة صحيحة . ولكن ليس من الضرورى أن يستخدم المدرس مثل هذا الجدول لتعليم الطفل سلوكا جديدا أو سلوكا مرغوبا قائما . ذلك أنه حين يتبع التدعيم جزءا فقط من السلوك المرغوب ، فإن الترتيب يسمى تدعيما جزئيا أو « **جدولا متقطعا** » **Intermittent Schedule** كأن يربت الوالد على ظهر ابنه بعد قراءته مجموعة من الكلمات قراءة صحيحة وهو مثل المرتب فى نهاية الاسبوع أو الشهر أقرب إلى الواقع. وأكثر أنواع الجداول المتقطعة شيوعا هى : (١) **الفترة الثابتة** : **Fixed Interval** وفيه تدعم الاستجابة فقط على فترات زمنية مقننة بعد حدوث الاستجابة السابقة المدعمة . مثلا بعد خمس دقائق تماما ، أى تدعم أول استجابة تحدث بعد مرور خمس دقائق وهكذا يتعلم الطفل ألا يستجيب فى الفترة الأولى . ويؤدى نقص الاستجابة التى تتبع التدعيم طبقا لهذا الجدول إلى أن يكون محدود الفائدة ، ومن أمثلته : فى الحياة العامة مقدار النشاط الذى يظهره المرشحون فى انتخاب قبل وبعد انتخابهم وكذلك درجة الإقبال على المذاكرة قبل وبعد الامتحان . (٢) **الفترات المتغيرة** ، وفيه تدعم الاستجابة الأولى التى تحدث بعد فترة من الزمن قد تختلف من

مدعم لآخر . فمثلا ، جدول متغير الفترات بمتوسط دقيقة قد يتكون من تتابع من المدعمات للاستجابات الأولى يحدث بعد ١٠٠ ، ٢ ، ٤٠ ، ٦٠ ، ١١٨ ، ٢٠ ، ٨٠ ثانية . أى أن المدعم الأول يقدم بعد مرور ١٠٠ ثانية على الاستجابة الأولى ، وبعد ثانيتين من تقديم المدعم الأول ، أى أن أول استجابة تحدث بعد ثانيتين هى التى تدعم . ويقدم المدعم الثالث بعد مرور ٤٠ ثانية بعد تقديم المدعم الثانى . أى أن الاستجابات التى تحدث قبل مرور ٤٠ ثانية لا تدعم كما أنها لا تؤخر تقديم المدعم . وحيث أن بعض الاستجابات على الأقل سوف تدعم بعد فترة قصيرة من المدعم السابق فى مثل هذا الجدول ، فإن التوقف فى الاستجابة المرتبط بالجدول الثابت الفترات لا يحدث غالبا ، ويتحقق معدل أعلى وأكثر ثباتا من الاستجابة . ويشبه ذلك ما يحدث فى لعبة الكراسى الموسيقية . وسوف يتغير نمط سلوك الطلاب إذا اتبع امتحانهم مثل هذا الجدول . فلا تعلن مواعيد الامتحانات .

النوع الثانى من الجداول هو **جدول النسبة** . وهو يقدم المدعم بعد الاستجابة بعدد معين من الاستجابات وهو أيضا من نوعين : (١) **النسبة الثابتة Fixed Ratio** ، (٢) **النسبة المتغيرة Variable Ratio** . وفى جدول النسبة الثابتة يحدد بدقة عدد الاستجابات التى يتعين أن تصدر من الفرد للحصول على التدعيم ؛ ويظل هذا العدد ثابتا . ومن أمثلته منح مكافأة مالية للعامل حين ينجز قدرا محددا من العمل . وقد وجد أن الفرد فى مثل هذا الجدول ينزع إلى الاستجابة بمعدل مرتفع بمجرد أن يبدأ الاستجابة ، إلا أنه إذا زاد العدد المطلوب انجازه ، فإن الفرد قد يتوقف عن الاستجابة لفترة بعد التدعيم . أما جدول النسبة المتغيرة ، فإن التدعيم يقدم فيه بعد أن يستجيب الفرد بعدد معين من الاستجابات يتغير من مدعم لآخر . فمثلا فى جدول يكون فيه المتوسط ١٥ استجابة ، قد يفصل فيه بين كل تدعيم وآخر بعدد من الاستجابات تكون على التوالى : ٢٠ ، ١ ، ٢٩ ، ١٠ ، ٢ ، ٢٨ ولكن تدعم فى المتوسط استجابة من كل ١٥ استجابة . وينتج هذا النوع من الجداول أعلى معدلات السلوك وأكثرها ثباتا . ومن أمثلته الرهان على أن وجها معينا من عملة معدنية هو الذى سيظهر عند طرح قطعة من النقود . ومن المسلم به أن تطبيق مثل هذه الجداول فى فصول الدراسة العادية أمر ليس باليسير ولكن المهم بالنسبة

للمدرس هو أن يدعم فقط جزءا من السلوك المرغوب وطبقا لعدد مرات حدوث هذا السلوك وليس طبقا لمرور الوقت .

ونظرا لأن التعلم يكون أسرع مع التدعيم المستمر ، فى الوقت الذى يكون فيه زمن الانطفاء أطول مع التدعيم المتقطع ، فإن الاستراتيجية تكون غالبا هى تعليم السلوك تحت التدعيم المستمر ثم التحول بالتدريج إلى التدعيم المتقطع للاحتفاظ به .

التدعيم الإشراطى والتدعيم باستخدام المدعمات الرمزية « الماركات » : تراوحت المدعمات السابق الإشارة إليها من قطع الحلوى إلى ابتسامة المدرس . وتنتمى الأولى إلى ما يسمى **« المدعم غير الشرطى »** أو **« المدعم الأولى »** وهو الذى لا تتوقف قدرته على دعم السلوك على ارتباطه بمدعم آخر . ومن أمثلة « المدعم غير الشرطى » الطعام حين يكون الفرد جائعا ، والشراب حين يكون عطشانا ، والأنشطة الجنسية فى كل الأوقات . وهى كلها ترتبط بإشباع حاجات بيولوجية . أما « المدعم الشرطى » فهو الذى تنتج قدرته على الدعم من ارتباطه بمدعمات أخرى . وهى تسمى أيضا « مدعمات ثانوية » أو « مكتسبة » . ولكى يتأكد دور موضوع أو حدث محايد بوصفه مدعما مشروطا ، فإنه يكون من الضرورى أن يوجد هذا الموضوع أو أن يوجد هذا الحدث قبل أو خلال الفترة التى يقدم فيها مدعم مؤكد. ومن أمثلة ما سبق الأب الذى يطعم طفله ، فهو خلال ذلك يبتسم له ويربت على ظهره ويوجه له كلمات مشجعة ، الخ .. وفى البداية لا يكون للربت على الظهر مثلا أثر على سلوك الوليد ، ولكن نتيجة لارتباطه بالطعام يصبح مدعما شرطيا .. ويستجيب الطفل بصورة يحصل بها الطفل على ربت والده على ظهره . وقد يستعين على ذلك بإحداث أصوات معينة أو اللجوء إلى حيل معينة للحصول على ربت والده لظهره . ويتعين على المدرس أن يحاول دائما إقامة مدعمات شرطية لتلاميذه ومنها الثناء والابتسامة والربت على الظهر فى الوقت الذى يمنحه امتيازا أو مكافأة . ويكون من الممكن بعد ذلك سحب هذه المزايا أو المكافآت والاحتفاظ بتقدم التلميذ بواسطة المدعمات الاجتماعية فقط . وبالاضافة إلى الأحداث الاجتماعية مثل الثناء والاهتمام والابتسامة ، فإن المال قد يكون أيضا مدعما شرطيا . فالطفل يتعلم أنه يستطيع الحصول على

الحلوى المفضلة لديه إذا أعطى البائع بعض النقود ، ومن ثم تصبح النقود مدعما شرطيا . وسوف يجد الآباء أن الطفل يكون أكثر استعدادا لأداء عمل معين إذا دفع له مال أكثر مما إذا لم يدفع له . وتمتاز النقود على غيرها من المدعمات الشرطية من حيث تأثيرها على السلوك لأنها ترتبط بعدد كبير من المدعمات ، ولذلك يسمى هذا النوع من المدعمات « المدعم الشرطى المعمم » . ومن أنواعه ذات الأهمية البالغة فى الفصل المدرسى « الماركات الرمزية » وقد تكون كما سبق القول نجمة أو علامة تصحيح فى كراسة التلميذ أو على السبورة . وتستمد هذه المدعمات قوتها أكثر ما تستمد من إمكانية استبدالها بمدعمات أخرى مثل قطع الحلوى . وتسمى مثل هذه المدعمات الأخرى « **المدعمات المساندة** » **Back-up Reinforcers** ومن الأفضل تنويعها . فالحلوى مثلا قد تكون غير مدعمة لتلميذ . كما أنه يمكن جمع عدد من هذه الماركات بالقدر الذى يمكن معه استبدالها بمدعم أقوى . كما أن استخدام الماركات لا يثير الاضطراب فى الفصل مثل توزيع الحلوى أو اللعب . وتمتاز الماركات عن التقارير المدرسية الدورية بأن الثواب فيها يكون عاجلا وليس آجلا . كما أن الدعم يزداد قوة بزيادة عدد الماركات . وتشير نتائج تجارب عديدة إلى أن استخدام الماركات أسهم بفعالية فى إنقاص السلوك المثير للاضطراب داخل الفصل وفى تحسين الأداء المدرسى . ومن التجارب فى هذا الصدد تجربة أوليرى وبيكر (١ : ص ١٧) فى إنقاص السلوك غير المناسب فى فصل من ١٧ تلميذا ممن وصفوا بالاضطراب الانفعالى . وكان خط الأساس بعد عشرة أيام هو حدوث السلوك غير المناسب بنسبة ٧٦٪ وبعدها كتب على السبورة بعض القواعد مثل : « ارفع يدك مستأذنا » وقام المدرس بتقدير كل طفل على مقياس من ١ إلى ١٠ لمدى اتباعه لهذه التعليمات . وكانت التقديرات تستبدل بالحلوى أو اللعب . فالطفل الذى يحصل على تقدير ٩ يمكنه استبداله بحلوى أكثر أو لعب أكثر قيمة من ذلك الذى يحصل على تقدير ٥ مثلا . وهكذا ، فإن التقديرات كانت بمثابة « ماركات » مدعمة ، بينما كانت الحلوى واللعب هى المدعمات المساندة . وتشير البيانات التى سجلها ملاحظ خارجى إلى أن السلوك غير المرغوب قد نقص إلى نسبة ١٠٪ خلال ٢٥ يوما من مرحلة « الماركات » .

إرجاع الأثر : بالإضافة إلى استثارة الدافع لتحسين الأداء ، فإن المدعم يمد المتعلم أيضا بالمعرفة عن أدائه مثل علامة (√) على مسألة حسابية حلت حلا صحيحا أو ابتسامة أو ربتا على الظهر . وأحيانا قد تكون هذه المعرفة وحدها كافية لإحداث التحسن ، وهو ما يتم فى التعليم المبرمج حيث تعطى الإجابات الصحيحة عن الأسئلة . ويستخدم إرجاع الأثر لتعديل سلوك كل من المدرس والتلميذ . فمثلا ، إعلان درجات التلاميذ فى شكل منحنى توزيع قد يحفز التلميذ على تحسين درجاته ، وكذلك قد يكتشف المدرس أن معدل ثنائه على تلاميذه أقل مما يجب . وإرجاع الأثر العاجل أقوى من الآجل ، ومن ذلك التصحيح الفورى لإجابات التلميذ .

وسائل إنقاص معدل السلوك غير المرغوب :

ومن وسائله :

(١) **دعم سلوك مضاد للسلوك غير المرغوب** : مثل تدعيم بقاء التلميذ فى مقعده بدلاً من تركه أو تدعيم رفع التلميذ ليده مستأذنا فى الكلام أو جعل المدرسة مكانا أكثر جذبا من غيره لمعالجة مشكلات هروب التلميذ من المدرسة .

(٢) **الانطفاء** : أى إلغاء التدعيم الذى يلى السلوك ومنه تجاهل السلوك غير المرغوب .. وحين ينخفض معدل السلوك فإن الانطفاء يكون قد حقق تأثيره . وتشير التجارب إلى فعالية هذا الأسلوب فى علاج السلوك المشاغب وذلك بواسطة انصراف المدرس عن التلميذ حين يشاغب والثناء عليه حين يحسن السلوك . وكذلك فى علاج نوبات الغضب **temper tantrum** فى الفصل عن طريق تجاهل المدرس والتلاميذ لنوبات التلميذ والثناء عليه حين يتحسن سلوكه ، وذلك بعد عدة أسابيع من الانطفاء . وقد عولجت حالة « لورا » (١ ، ص ٢٢) من القىء المتكرر فى الفصل . وقد كان عمرها تسع سنوات ومتخلفة عقليا ولم تفد معها العقاقير الطبية . وقد طلب من المدرسة تجاهل هذا القىء بصرف النظر عن حدته . فوجد أن عدد مرات القىء كان فى التسعة وعشرين يوما الأولى من برنامج الانطفاء ٧٨ مرة . وفى يوم واحد كان ٢١ . ولكن بدأ العدد يتناقص تدريجيا ابتداء من اليوم الثلاثين حتى وصل إلى الصفر واستمر على هذا الحال لمدة أكثر من خمسين يوما . ومن الصعوبات التى قد تواجه اتباع مثل هذا الأسلوب فى الفصل التدعيم الذى قد يجده الطفل

المضطرب من زملائه فى الفصل حين يهتمون به أو يسخرون منه . وفى مثل هذه الحالة ، فإن تجاهل المدرس لن يكون له تأثير كبير ، ولكن من الممكن دعم سلوك الفصل عن طريق إعطائه مثلا وقت لعب أطول إذا تجاهل سوء سلوك الطفل . وكذلك فإن بعض أنواع السلوك تكون فى حد ذاتها مدعمة مثل الحديث بين تلميذين متجاورين . وفى هذه الحالة لن يجدى تجاهل هذا السلوك من قبل المدرس ولكن قد تجدى مكافأة السلوك المناسب . ومن عيوب هذا الأسلوب أيضا أن السلوك غير المرغوب يزداد تواتره غالبا فى بداية تجاهله . وقد يضعف المدرس نتيجة ذلك ويوجه انتباهه للتلميذ . ولذلك ، فإن اتباع هذا الأسلوب يتطلب مدرسا قوى الإرادة . وقد وجد أن السلوك المتعلم عن طريق جداول التدعيم المتقطع أكثر مقاومة للانطفاء من السلوك المتعلم عن طريق جداول التدعيم المستمر ، وذلك بالرغم من أن التعلم يكون أسرع فى الحالة الثانية . ومن المستحسن الابتداء بتدعيم السلوك المرغوب بأكثر تكرار ممكن وبعد ثباته يبدأ المدرس فى استخدام التدعيم المتقطع لتشجيع استمراره .

٣) **العقاب** : هو الوسيلة الثالثة التى يمكن اتباعها لإنقاص السلوك غير المناسب . وتتراوح أساليبه فى المجتمع من ملامح الوجه المظهرة للاستنكار إلى السجن أو الإعدام . إلّا أنه لا يمكن تصنيف الحدث بأنه عقاب إلا إذا أدى إلى إنقاص السلوك المستهدف . فإذا كان حرمان الفصل من فترة الراحة مثلا لن يؤدى إلى الإنقاص من الصخب أثناء الدراسة ، فإنه لا يمكن اعتباره عقابا . وفى تجربة لهول وآخرين (١ ، ص ٢٤) كان المدرس يضع علامة أمام اسم كل تلميذ فى الفصل يغادر مقعده دون إذن ، ثم يعاقب التلميذ بالبقاء فى المدرسة بعد انتهاء اليوم المدرسى لمدة خمس دقائق عن كل علامة توضع أمام اسمه فى اليوم . وقد طبق هذا الإجراء خلال دروس الحساب والقراءة . وقد كان متوسط عدد مرات مغادرة المقعد دون إذن فى فترة الأساس (٨ أيام) ٢٣ مرة وفى المرحلة التجريبية كان المتوسط مرتين لكل الفترة . وحين رفع العقاب عاد السلوك غير المناسب إلى الارتفاع ولكنه انخفض مرة أخرى حين أعيد العقاب . وفى تجربة أخرى لعلاج حالة طفلة متخلفة كانت تعض نفسها وزميلاتها والمدرسات والزوار ، كان العقاب هو قول المدرسة لها بصوت عالٍ « لا » فى كل مرة تسلك فيها هذا المسلك . وقد انخفض معدل السلوك من ٧٢ عضة إلى خمس

مرات فى اليوم . وقد ثار جدل كثير حول العقاب وجدواه ، وقيل أن تأثيره وقتى وانه قد يستعدى المعاقب ضد الآخرين . ولكن دراسة قام بها آزرين وهولز أوضحت أن العقاب يحدث تأثيرات دائمة فى السلوك . كما أن دراسة قام بها ريزلى لم تقدم دليلا على أن العقاب يؤدى إلى سلوك عدوانى . كما قيل أن العقاب قد يمنع سلوكا معينا ولكنه لا يعلم السلوك المطلوب . ولكن أكسلرود (١ ، ص ٢٦) يرى أن العقاب قد يكون أداة نافعة فى يد المدرس وبخاصة فى المواقف التى لا يجدى فيها تدعيم سلوك مضاد أو انطفاء . كما أن العقاب يحدث نتائج فى إنقاص السلوك غير المرغوب أسرع مما تحدثه الأساليب الأخرى . ويقدم أكسلرود التوصيات التالية فى استخدام العقاب : (أ) استخدام أخف درجات العقاب ذات التأثير ؛ (ب) يتعين تحديد محكات العقاب وإعلانها مقدما ؛ (جـ) يدعم المدرس السلوك المضاد للسلوك غير المرغوب فى الوقت الذى يعاقب فيه عليه ؛ (د) يحاول المدرس بعد تأكيد تأثير العقاب الاستعانة بإجراءات أخرى بديلا عن العقاب مثل التدعيم الايجابى . ولا يجب أن يخشى المدرس كراهية التلميذ له نتيجة العقاب ، إذ أن المهم هو أن تزداد كفة التدعيم على كفة العقاب . ويجب التفرقة بين مصطلحى « العقاب » وهو الذى يهدف إلى إنقاص معدل السلوك المستهدف و « التدعيم السلبى » وهو الذى يحدث زيادة فى معدل السلوك المستهدف .

(٤) **أسلوب الإبعاد : Time Out** : وهو من أساليب العقاب التى تستخدم أحيانا لإنقاص معدل السلوك غير المناسب فى الفصل وهو إبعاد الطفل عن التدعيم بعد قيامه بالسلوك غير المناسب . ومن أمثلته عزل الطفل المشاغب لفترة من الزمن بعد قيامه بالسلوك غير المناسب ، وبالتالى حرمانه من الأحداث المدعمة التى تجرى فى الفصل . ويتطلب تحقيق فعالية هذا الأسلوب أن يكون الفصل جذابا ومدعما إيجابيا ، وأن يكون مكان العزل خاليا من المدعمات . ومن أمثلة الأماكن التى استخدمت فى بعض التجارب غرفة مساحتها ٨ × ٢٢ قدما خالية من كتب القراءة ومواد اللعب . ويعاقب الطفل على قيامه بأعمال مثل العدوان ضد الآخرين ونوبات الغضب وإتلاف مواد الفصل ويحذر الطفل القائم بها قبل توقيع العقاب عليه . فإذا لم يمتنع عن السلوك غير المناسب ، أرسل إلى غرفة العزل ويمكنه العودة إلى الفصل بعد عشر دقائق بشرط أن يكون هادئا فى الفترة

السابقة بثلاثين ثانية . فإذا لم يعد إلى الفصل بعد مرور دقيقتين من دعوته للعودة ، فإنه يبقى مبعدا لعشر دقائق أخرى .. وفى بعض التجارب كان الطفل يدرب خلال فترة إبعاده على أساليب عدم إيذاء نفسه أو إتلاف مواد الفصل ، ولكن من غير المفيد تزويد الطفل فى هذه الفترة بمواد قراءة أو بلعب أو بمعالج نفسى لأن ذلك يعمل فى عكس الاتجاه المستهدف . والحكم على أسلوب بأنه إنسانى أو غير إنسانى يجب أن يرتبط بفعاليته فى تحقيق الهدف . وتشير الخبرات إلى أن الأسلوب يغلب ألا يستعان به فى الواقع لأكثر من عدد محدود جدا من المرات . ومن الواضح أن الإبعاد يكون فعالا إذا كان من الممكن للطفل أن يتجنب هذه العقوبة عن طريق استجابة بديلة ، وأن يكون هناك موقف مدعم مستمر لا يريد الطفل أن تضيع منه فرصة المشاركة فيه ، وأن يكون هناك وضوح فى تقرير عواقب السلوك المعاقب بالإبعاد عن الموقف المدعم ثم التحذير وأخيرا التنفيذ الفعلى للإبعاد إذا لم يستجب الطفل للتحذير .

(٥) والأسلوب الخامس لإنقاص معدل السلوك هو « **جدول التدعيم الفارق لأنواع أخرى من السلوك** » وفيه يقدم المدعم فقط إذا لم يحدث السلوك المعين لفترة معينة من الوقت . فمثلا ، يقدم المدعم إذا امتنع التلميذ عن الكلام دون إذن لمدة خمس دقائق . وفى كل مرة يحدث فيها الكلام دون إذن تبدأ دورة جديدة من خمس دقائق ويقدم المدعم فقط إذا لم يحدث السلوك المستهدف خلال الخمس دقائق التالية . وتبدأ دورة جديدة من خمس دقائق بعد كل تدعيم . ولكن يعيب هذا الأسلوب أنه ليس فى مقدور المدرس العادى ودون توفير عون خارجى ، كما أن التلميذ قد يدعم لأدائه أى سلوك آخر غير السلوك المستهدف .

عمليات أخرى تؤثر فى السلوك : ومن هذه العمليات :

(١) **التقليد** : وهو من أكثر الوسائل الشائعة التى يتعلم بها الطفل ملاحظة وتقليد سلوك غيره من الناس . ويلاحظ مثلا أن الأطفال يتشابهون فى التعابير الوجهية مع آبائهم . ويعلم الآباء أن الطفل يكون شديد التأثر بسلوك غيره من الأطفال ولذلك فهم يدققون فى اختيار الأصدقاء لأبنائهم . ولكن أنواعا معينة من السلوك قد يصعب تعلمها عن طريق التقليد وحده . ولذلك يحسن الجمع بين التقليد والتشكيل . وقد نجح لوفاس وزملاؤه (١ ، ص ٣٢) فى تعليم سلوك

الكلام لأطفال فصاميين عاجزين عن الكلام mute وذلك بأن يبدأ المعالج بنطق صوت معين ، فإذا قلده الطفل تقليدا مناسبا ، دعمه المعالج . وبعد أن يستوثق عدة مرات من صحة النطق ، ينتقل المعالج إلى أصوات أخرى تتزايد تدريجيا فى صعوبتها ، ثم ينتقل إلى تعليمهم كلمات كاملة وجملا عن طريق التدعيم .

ويختلف الرأى حول تأثير مشاهدة التليفزيون على سلوك الطفل . فالبعض يرى أن مشاهدة أفلام العنف تحرره من الرغبة فى العنف ، ويرى آخرون أن توقيع العقاب على العمل العنيف سوف يحول دون تقليده ، بينما يرى فريق ثالث أن الطفل يتعلم سلوك العنف ويستخدمه فى اللحظة المناسبة ، وفى تجربة لباندورا رجح الاحتمال الثالث . وفى هذه التجارب عرضت أفلام عدوانية على ثلاث مجموعات من الأطفال : فى المجموعة الأولى كان العدوان يعاقب فى الفيلم ؛ وفى المجموعة الثانية كان العدوان يكافأ فى الفيلم ، بينما لم تكن هناك عواقب للعدوان فى الفيلم الذى عرض على المجموعة الثالثة . وقد وجد أن أطفال المجموعة الأولى كان تقليدهم للسلوك العدوانى أقل من أطفال المجموعتين الثانية والثالثة . إلّا أنه حين عرضت على الأطفال مدعمات إذا قلدوا السلوك العدوانى ، أظهرت كل مجموعة عددا متشابها من السلوك العدوانى . ولذلك يحق استنتاج أن مجرد ملاحظة سلوك عنيف يضيف إلى ذخيرة الطفل سلوكا يمكن ممارسته فى ظروف مواتية . والتقليد قد ينتج عنه سلوك غير مرغوب أو قد ينتج عنه علاج لمشكلة . وفى تجربة لاوكونر (١ ، ص ٣٣) عرض على أطفال فى مرحلة ما قبل المدرسة فيلم يظهر نشاطا اجتماعيا فى تفاعل الأطفال بمعدل مرتفع . وحين التحق بجماعة اللعب طفل يبدو الخجل على مظهره ، كان الأطفال الآخرون يقدمون له اللعب ويحادثونه ويبتسمون له . وقد وجد طبقا لتقارير المدرسين أن السلوك الاجتماعى لدى من شاهدوا الفيلم ظل ساريا بين الأطفال طيلة العام المدرسى . وكذلك وجد ويست وأكسلرود فى دراسة لهما أن التلاميذ يقلدون غالبا سلوك قادتهم فى الفصل سواء كان هذا السلوك مرغوبا أو غير مرغوب . فقد نجح التدعيم بالنقود فى فصلين لطلاب مراهقين من المضطربين انفعاليا . وبين من يعانون من عجز عن التعلم، نجح التدعيم فى إنقاص السلوك المشاغب ، بينما فشل فى فصل ثالث بفعل قائد منهم

رفض هذا التدعيم بوصفه أمرا يصلح للأطفال فقط ، ولكن تعيين هذا القائد مستشارا للمدرسة أدى إلى تحسن كبير فى سلوك الفصل .

(٢) ومن هذه العمليات : **التمييز** : فلقد استطاع هويلى ومالوت (١ ، ص ٣٣) تعليم الطفلة ليزلى وكان عمرها ١٢ عاما وشديدة التخلف العقلى (نسبة ذكاء ٢٠) أن تتعرف على اسمها مطبوعا فى بطاقة ، وذلك عن طريق مكافأتها بكلمة « حسنا » وبوضع طعام فى فمها كلما استطاعت تمييز هذه البطاقة عن بطاقة أخرى مطبوع عليها اسم آخر « كارمن » . ولكن إذا أخطأت يقال لها « لا » وتسحب البطاقتان لمدة ١٠ ثوان ثم يعاد عرضهما . وقد تعلمت تمييز اسمها بعد ٦٥ محاولة . وإذا أريد تعميم السلوك المرغوب فى أكثر من موقف فإنه يتعين تدعيمه فى مواقف مختلفة وليس فى موقف واحد ، فمثلا لا يجب فى علاج أمراض النطق أن يقتصر التدعيم على الجلسة العلاجية فقط .

(٣) **تعميم المنبه** : وهو عكس التمييز . فمثلا ، قد يلجأ التلميذ إلى النوبات فى المدرسة إذا كان يلجأ إليها فى المنزل وإذا كوفىء عليها فى المدرسة أيضا . وتشير البحوث إلى أن التعميم يزداد احتمال وقوعه إذا وجدت أوجه شبه بين الموقفين . وفى دراسة لباترسون (١ ، ص ٣٥) وضعت على مقعد طفل مشاغب (كان يدفع ويضرب زملاءه ويتكلم بغير إذن) « لمبة » وعداد كهربائى ، وتضىء اللمبة كلما امتنع الطفل عن السلوك غير المناسب لمدة معينة . ويسجل العداد عدد مرات السلوك المناسب . وفى نهاية اليوم توزع على كل تلاميذ الفصل حلوى أو نقود حسب عدد المرات التى يسجلها العداد . وقد وجد أن هذا السلوك قد عمم إلى فناء المدرسة وإلى المنزل بالرغم من عدم تقديم تدعيم للطفل فى هذين الموقفين . إلّا أنه يتعين القيام ببرمجة مقصودة ومخططة إذا أريد التعميم . فمثلا قد يقدم التدعيم فى أكثر من موقف : فى الفصل الخاص بفئة معينة وفى الفصل العادى حين يلتحق به التلميذ .

(٤) **التسلسل** : **Chaining** تتضح عملية التسلسل فى أنواع عديدة من السلوك . فالمشى مثلا ليس عملا واحدا ، بل يتكون من سلسلة من الحركات أو السلوك يكون كل منها مفتاحا أو دليلا لما يليه : رفع القدم مفتاح لمد القدم إلى الأمام ، والعنصر الذى يحتفظ بالوصلات بين حلقات السلسلة هو التدعيم فى نهايتها .

ويتضمن تعلم سلوك جديد غالبا الجمع فى بسلسلة بين استجابات سبق تعلمها . فمثلا قد يستطيع طفل اسمه « مختار » كتابة كل حرف أبجدى من حروف اسمه ولكنه يعجز عن كتابة اسمه كاملا ، ذلك أنه يتعين أن يتعلم أن يكتب أولا الحرف م وأن هذا الحرف هو مفتاح للحرف خـ وهكذا .. وكذلك قد يربط طفل يصاب بنوبات الغضب بين النوبة وانتباه المدرس إذا حدث بعدها مباشرة . ولذلك يكون من الأفضل أن يرجىء المدرس اهتمامه بالأمر فترة معينة بعد حدوث النوبة . وهناك الكثير من أنواع السلوك يتعلمها عن طريق **التسلسل الخلفى Backward Chaining** وليس الأمامى مثل تعلم الطفل العودة إلى منزله من منزل جدته القريب ، وكذلك يمكن تعليم الطفل « مختار » كتابة اسمه بأن نبدأ بإعطائه الاسم ناقصا الحرف الأخير الذى يطلب منه كتابته « مختا » ثم الحرفين الأخيرين « مخـ » وهكذا . ويفضل البعض التسلسل الخلفى لأن إكمال خطوة فيه بنجاح يدعم عن طريق رؤية العمل الكامل وهو مالا يتحقق فى التسلسل الأمامى .

وهناك طرق أخرى بديلة يمكن للمدرس أن يقوم بها العواقب . فمثلا ، وجد أن التلميذ إذا فشل فى إكمال واجبه مقابل مقدار معين من التدعيم ، فإنه إذا زيد هذا المقدار ، فسوف يكمل التلميذ العمل بمعدل مقبول . ومن الناحية الأخرى ، فإنه إذا كان التلميذ يعمل فعلا لمقدار معين من التدعيم ، فإنه يمكن أحيانا التخفيف تدريجيا من جدول التدعيم دون أن يؤدى ذلك إلى نقص فى السلوك ، وذلك عن طريق أن يطلب من التلميذ زيادة مقدار السلوك المناسب ، أو عن طريق الإطالة تدريجيا بين السلوك المطلوب ومنح التدعيم . ويحدث أحيانا أنه حين يستخدم المدرس مدعما جديدا أو نفس المدعم فى موقف جديد ، أن يرفض التلميذ بداءة ذلك التغيير . ومن وسائل تجنب هذه المشكلة « تجربة المدعم » وفيها يقدم المدعم قبل أن يطلب من التلاميذ أداء العمل . وبعد أن يصبح المدعم مألوفا للتلاميذ يمكن للمدرس تقديم المدعم مشروطا بأداء العمل . وفى معظم نظم تعديل السلوك ، تبرمج العواقب طبقا لسلوك كل تلميذ معين ، إلّا أنه أحيانا يكون من المفيد تطبيق إجراء جماعى يتلقى فيه التلاميذ العواقب على أساس أداء الجماعة الكلية . وييسر ذلك عملية التسجيل ومنح العواقب . ومن أمثلة هذا النظام الكثير من المباريات المدرسية داخل الفصل أو خارجه .

وهناك طرق متنوعة يمكن بها للتلاميذ تعلم تعديل سلوكهم . ومنها أن يحتفظ التلاميذ بسجل للسلوك . ويؤدى ذلك أحيانا إلى تحسين السلوك . فيمكن للمدرس مثلا أن يطلب من التلاميذ الاحتفاظ بسجل لعدد المرات التى يتكلمون فيها دون إذن ، أو تلك التى يعطون فيها الإجابات الصحيحة عن الأسئلة . ومن هذه الطرق أيضا أن يحدد التلميذ مقدار التدعيم الذى يقدر أنه يود الحصول عليه لإكمال العمل المدرسى . وتشير الدراسات المنشورة إلى أن التلاميذ يسلكون فى هذه المواقف مسلكا مسئولا . وفى بعض الحالات ، يعمل التلاميذ بجد حين يحددون مستوى التدعيم بأنفسهم أكثر مما يعملون حين يفرض المدرس عليهم المستوى . ويتمثل الضبط الذاتى للسلوك فيما سبق وأن أشرنا إلى تسميته « التعاقد الإشراطى أو السلوكى » . ويتضمن ذلك فى المجال المدرسى أن يطلب من الطالب الإسهام فى عملية تحديد الأهداف وتحديد مستويات التدعيم . وبعد التوصل إلى اتفاق مع المدرس على كل جزء من العقد ، تعلن مواده . ويمكن إعادة التفاوض فى شروطه بتقدم الطالب. ومن الناحية الأخرى ، يمكن للطلاب تعديل سلوك زملائهم بل ومدرسيهم أيضا . ويتم ذلك فى الحالة الأولى عن طريق الثناء على الزميل حين يسلك مسلكا طيبا والاشراف عليه فى العمل المدرسى . ويمثل ذلك تدريسا دون تكلفة من تلميذ فرد لتلميذ فرد آخر . وتشير الدراسات إلى أن الفصل بين تلميذين مشاغبين يؤدى إلى نتائج طيبة ، كما أن الاهتمام بتلميذ لا يؤدى إلى تحسين سلوكه فقط بل وتحسين سلوك جاره فى المقعد أيضا .. وتشير بعض الدراسات إلى أن جلوس التلاميذ فى الصفوف التقليدية أحسن من الجلوس حول موائد متناثرة من حيث معدل التحصيل . ويفسر ذلك على أساس أن الجلوس حول موائد يؤدى إلى التحدث فى غير موضوع الدراسة وعدم انتباه المدرس إلى السلوك المشاغب ، والتدعيم الذى يحصل عليه التلميذ من انتباه جاره له . وكذلك تشير بعض الدراسات إلى أنه من المفيد حجز جزء من حجرة الفصل وتزويده بمدعمات مثل اللعب والكتب المسلية والتليفزيون الخ واستخدام ذلك الجزء لمكافأة التلميذ بعد أن ينتهى من أداء العمل المطلوب فى المستوى المطلوب . وقد أدى ذلك إلى تحسين معدل الانجاز . ويتعين التنبه إلى أن العمل المنجز يجب أن يكون مقبولا . ويمكن مثل هذا الترتيب المدرس من الاهتمام ببقية التلاميذ ، كما أنه أفضل من نظام « الماركات الرمزية » الذى يتطلب تسجيلا لكل إنجاز ، وقد يشترى بعض التلاميذ هذه الماركات ، الخ .. وبالطبع

تشمل أنشطة التلاميذ فى منطقة التدعيم أنواعا تختلف باختلاف سن التلميذ . فمثلا فى السن من ٣ إلى ٥ سنوات : تقليب كتب ملونة جذابة ، الاستماع إلى قصص ، اللعب بالأقلام الملونة ، الرسم ، لعب المتاهات ، اللعب بالصلصال ، الخ .. وفى السن من ٦ إلى ٨ سنوات : قراءة القصص ، الرسم ، الدومينو ، الخ . وفى السن من ٩ إلى ١١ سنة قراءة الرسوم الكوميدية ، قراءة القصص العلمية والألغاز والشطرنج والرسم . وفى السن من ١٢ إلى ١٤ سنة ، الشطرنج ، كتابة الخطابات ، قراءة المجلات ، الدومينو ، الخ . وفى السن من ١٥ إلى ١٦ سنة ، التحادث مع الآخرين ، الشطرنج ، القراءة ، الخ . وتحدد فترة البقاء فى هذه المنطقة وأنواع النشاط التى تمارس بما لا يقل عن ٣ دقائق وبما لا يزيد عن ١٠ دقائق .

مثالان لاستخدام التدعيم الاجتماعى فى حل المشكلات السلوكية فى المدرسة :

(أ) حالة تلميذة عدوانية (١٩) كان عمرها خمس سنوات وكانت تتفوه بألفاظ بذيئة . فى الأيام العشرة الأولى من التجربة لتحديد خط الأساس كان سلوك المدرسات هو السلوك العادى المألوف وقد وجد أن الطفلة مارثا كانت قريبة من الأطفال الآخرين حوالى ٥٠٪ من الوقت ولكنها تمارس معهم ألعابا تعاونية لأقل من ٥٪ من الوقت . وكان تفاعل المدرسات معها يستغرق حوالى ١٠٪ من الوقت المتاح . وفى الأيام السبعة التالية كانت المدرسات يغدقن على مارثا التدعيم الاجتماعى من حيث التقارب والضحك والحديث وإبداء الإعجاب وإعطائها أشياء مادية . وقد استغرق ذلك حوالى ٨٠٪ من الوقت المتاح . إلّا أن هذا « الحب غير الإشراطى » لم ينتج عنه تعاون مارثا فى اللعب لأكثر من ٥٪ من الوقت كما كان عليه فى الأيام العشرة الأولى . وكانت المدعمات فى هذه الفترة تقدم على أساس عشوائى بدلا من أن تكون مرتبطة بسلوك معين . وفى المرحلة الثالثة من التجربة كان سلوك مارثا التعاونى فى اللعب يتبعه مباشرة انتباه ومديح وتقديم مواد اللعب . ولكن المدرسات كن يتجاهلن سلوكها السلبى والباعث على الضيق ، أى سحب كل أنواع الانتباه لها وتوجيه الانتباه لطفل آخر . وكانت النتيجة أن ارتفعت نسبة سلوك مارثا التعاونى إلى ٤٠٪ . ويستنتج من ذلك أن التدعيم الاجتماعى لكى يكون فعالا يجب أن يتبع مباشرة السلوك المطلوب .

(ب) حالة طفلة نكوصية كان عمرها ثلاث سنوات وتقضى ٨٠٪ من الوقت تزحف على الأرض . ولما أعطى المدرسات انتباههن فقط لوقوفها ومشيها ، استعادت أسلوب المشى العادى خلال اسبوع . وعندما حولن انتباههن لزحفها على الأرض وعدم الانتباه للوقوف والمشى انتكست إلى الزحف بنفس النسبة السابقة .

وهناك حالات أخرى كثيرة عديدة تشير إلى أن مجرد إعطاء التعليمات والأوامر للتلاميذ لا يكفى ، وأنه من الضرورى تدعيم السلوك المطلوب تعديله وتجاهل السلوك غير المرغوب . كما تشير بعض التجارب إلى أن استنكار المدرس لسلوك معين يبدو أنه يدعم هذا السلوك (١٩ ، ص ٩٠) كما أنه إذا استخدم المدرس استجابتين للتدعيم ، فإن أكثرهما جذبا للطفل يدعم الأقل جذبا . وهذا هو ما يعرف بقاعدة بريماك Premack principle وتتمثل فى قول المدرسة : « قم بعملك أولا ثم العب بعد ذلك » أو « سوف تحصلون على خمس دقائق لعب بعد عشرين دقيقة إذا لم تتركوا مقاعدكم خلال هذه الفترة ، أو إذا لم تحدثوا أصواتا مزعجة » ، الخ ..

تدريب المدرسين فى إطار سلوكى :

ميدان تدريب المدرس ميدان ثرى لتطبيق أسس وطرق تعديل السلوك ، ذلك أن سلوك المدرس بوصفه نظاما فرعيا من نظام أشمل له تأثيره فى العملية التربوية .. ومن الضرورى تحليل الاستجابات فى عملية تدريب المعلم . وقد يستعان فى ذلك ببعض قوائم الملاحظة مثل « قائمة فلاندرز لتحليل التفاعل »(*) ويتطلب ذلك : (١) تحليل مهارات التدريس مثل : وصف وتحديد الهدف من التدريس ، تخطيط استراتيجية التعلم ، التقويم ، تكوين علاقة طيبة مع التلاميذ ، استخدام طرق التدريس ، اكتساب الاتجاهات الملائمة ، الخ . (٢) تدريب المدرس – الطالب على استخدام أسس تعديل السلوك وذلك بالاستخدام الفعلى لها ، (٣) التوصل إلى نظم لتعديل السلوك تهيىء للمدرس – الطالب تعلم السلوك المعقد مثل الاستدلال وحل المشكلات والتقويم الجماعى . ويميز البعض بين التدريس teaching والتعليم

---

* ارجع إلى : لويس كامل مليكه . سيكولوجية الجماعات والقيادة ، الجزء الأول . الهيئة المصرية العامة للكتاب ، القاهرة ، ١٩٨٩ .

instruction ، فيعتبرون التعليم مفهوما أوسع مدى يندرج تحته التدريس بوصفه نشاطا إنسانيا معينا . وينعكس منهج التخطيط البيؤى و « الماركات » فى تدريس المدرسين باستخدام المنهج نفسه فى تدريبهم على تخطيط منبهات البيئة الكلية التى يتعرض لها الأطفال ، ويتضمن ذلك إصدار أحكام قيمية مثل أيهما أفضل : بقاء التلميذ فى المقعد أم الحركة الهادفة ، السلوك التعاونى مقابل التنافس . والمهم هو تدريب المدرس لكى يكون واعيا بعواقب هذه القرارات ولكى يشرك التلاميذ فى اتخاذ القرار .

آراء سكينر فى التعليم :

يرى سكينر (فى ١٩) أن التعليم بعامة فى خطر ، فهو يغطى الآن مدى زمنيا أطول ، ويقدم مناهج أكثر تنوعا ، ويتعامل مع فئات متنوعة ، وتزداد نفقاته ويشتد الطلب عليه . والحل الذى يقدمه سكينر هو زيادة فعالية التعليم ، إذ يمكن فى تقديره تعليم ضعف أو أكثر ما نعلمه الآن وبنفس المجهود فى نفس الوقت ، أو تعليم نفس القدر فى نصف الوقت . وبذلك يمكن توفير الكثير من النفقات لتعليم أعداد أكبر ولزيادة مرتبات المدرسين وللحصول على تأييد الرأى العام . ويفسر سكينر العزوف عن هذه الحلول بأنه يرجع إلى سخافة التجارب الأولى فى التعلم وتركيزها على مواد لا معنى لها مثل تعلم المتاهات والذاكرة ، الخ .. دون محاولة التركيز على تأثير عملية التعلم . وقد يرجع السبب أيضا إلى نقص الإيمان بالحاجة إلى تدريب المدرس على طرق التربية ، وذلك على أساس أن ذلك أمر لا يحتاج إلى تدريب وأن الجميع يقومون به فى الحياة اليومية . وثمة دعوة إلى عدم الحاجة إلى المدارس والرجوع إلى الطبيعة الأم وإلى الحياة اليومية وإلى أفكار روسو . وتتمثل هذه الدعوة اليوم فيما يسمى « المدارس الحرة » ولكن سكينر يرى أن هذه المدارس سرعان ما تقفل أبوابها وأن الناس لا يتعلمون فعلا من مدرسة الحياة ، وثمة سبب آخر هو النزعة إلى لوم التلميذ لفشله دون محاسبة المدرس على نتاج عمله ، بحجة أنه لا يمكن تقويم مثل هذا العمل طالما أننا نحدد أهداف التعليم فى ضوء عمليات عقلية مثل : نقل المعرفة وإكساب المهارات واستثارة الأفكار وتعديل الاتجاهات . وذلك بالرغم من أن المدرس لا يتعامل مع هذه المتغيرات ولكنه يتعامل مع سلوك التلميذ وذلك عن طريق

تغيير البيئة اللفظية وغير اللفظية . ومن المتوقع أن يخشى كل من المدرس ومدير التعليم التقويم لأنه قد يؤدى إلى إظهارهما فى صورة سلبية .

ومهمة المدرس فى إطار تعديل السلوك هى أن يحلل السلوك تجريبيا وهو يقدم التدعيم الإيجابى للتعلم ، وليس ذلك رشوة ذلك أن ما يحصل عليه التلميذ ليس هو المهم . ولكن المهم هو الطرق التى يربط بها بين التدعيم والسلوك . وقد أسهم التحليل التجريبى للسلوك فى تصميم المواد التعليمية وفى طرق تقديمها . وتقوم هذه الطرق على مبادىء محددة هى : أن يتقدم الطالب خطوة خطوة وألا ينتقل إلى خطوة تالية قبل أن يتقن الخطوة السابقة . وتصاغ المواد بحيث تزيد من احتمال الاستجابة الصحيحة وبحيث يسير التعلم طبقا لمعدل الفرد . ومن أمثلة هذه الطريقة ما أعده كيلر (١٩ ، ص ٤٥٢) وأسماه « **النظام الشخصى فى التعليم** » **Personalized System of Instruction (PSI)** وفيه تستخدم المحاضرات والعروض لاستثارة الدوافع ، وليس لإعطاء المعلومات الهامة – وبالطبع ، تزداد أهمية الكلمة المكتوبة فى مثل هذه الطرق . ولقد انتشر هذا النظام بسرعة فى الكليات والجامعات والمدارس وأثبت نجاحه فى تقدير سكينر . وتسهم مثل هذه الطرق فى حل الكثير من المشكلات ، فمثلا نظرا لأن التعليم فردى فليس مطلوبا أن يسير الطلاب على نفس المعدل أو أن يخضعوا للامتحان فى نفس الوقت فى نهاية البرنامج. وفى مثل هذا النظام يكون الامتحان أصدق تمثيلا لمواد التعلم . والمنهج نفسه هو الامتحان ، والدرجة تشير إلى المرحلة التى توصل إليها المتعلم . وبالطبع ، فإنه لكى يطبق هذا النظام ، يتعين إحداث تغييرات جوهرية فى نظم التعليم وفى أدوار المعلمين والإداريين وفى المبانى المدرسية . فمثلا ، يتساءل سكينر : ماذا يحدث لو أمكن تعليم مادة الفرقة السادسة فى الفرقة الخامسة مثلا . وهو يضرب مثالا لذلك ، المنهج الذى أعده الأستاذ لايمان آلن فى كلية الحقوق بجامعة ييل فى المنطق لطلبة الجامعة وهو الآن يدرس بنجاح لطلبة الفرقة السادسة فى التعليم العام ! وإذا كان من الممكن فى مثل هذا النظام أن يعلم التلميذ غيره من التلاميذ ، فماذا يكون مصير المدرسين ؟ يرى سكينر أن تطبيق مثل هذه النظم سوف يوفر مزيدا من الوقت للتفاعل بين المدرس والتلاميذ ولقيام المدرس بدور الموجه والمدعم ، إلّا أن ذلك يتطلب نوعا مختلفا من تدريب المدرس على التحليل التجريبى للسلوك كما سبق وأسلفنا .

ويتساءل البعض عما إذا كان استخدام أساليب تعديل السلوك قد يدعم النموذج التقليدى فى التربية وهو نموذج التلميذ الملتصق بمقعده والذى لا يحادث أحدا ولا يبتسم ولا يتحرك والذى يستأذن قبل كل خطوة يخطوها . ويرد أنصار تعديل السلوك بأن السؤال الذى يتعين أن يطرحه المدرس ليس هو : « ما الذى يمكن أن أفعله كى أبقى هؤلاء التلاميذ فى مقاعدهم حتى استطيع أن أعلمهم ؟ » بل هو : « كيف يمكن ترتيب هذه البيئة بحيث يمكن للتلميذ وللمدرس اتخاذ قرارات لها عواقب حقيقية تساعد التلميذ على ضبط سلوكه ؟ » أو « ما هو السلوك المرغوب فى البيئة س ؟ » . وفى هذا الاطار تكون مشاركة التلميذ مع الآباء والمدرسين والمديرين فى اتخاذ القرار أمرا مرغوبا .

الفصل الثاني عشر

تقويم نقدي

دراسات تقويمية :

إن محك نجاح العلاج السلوكي هو الدرجة التي يعدل بها السلوك المستهدف بما فى ذلك الأفكار والمشاعر فى الوجهة المطلوبة ، ويصعب تحديد درجة هذا النجاح عن طريق تقويم ذاتى من قبل المعالج أو عن طريق التقارير عن الحالات أو عن طريق الدراسات غير المضبوطة . وقد قدم جولدستين (٧ ، ص ٢٣٥) نتائج عدد من الدراسات المضبوطة نعرض فيما يلى وبإيجاز نماذج منها :

(١) استعرض بول نتائج عدد من الدراسات المضبوطة (عشرين دراسة أجريت قبل عام ١٩٦٩ وعشرين دراسة أخرى بعد ذلك) وذلك فى علاج الخوف من التحدث إلى الجمهور فوجد أن المجموعات التى عولجت بأسلوب « التخلص التدريجى من الحساسية » تفوقت بنسب ملحوظة على مجموعة أخرى شملت : لا علاج ؛ علاج موجه نحو اكتساب البصر ؛ علاج وهمى . كما وجد أن التحسن العلاجى قد استمر فى متابعة بعد عامين .

(٢) فى حالات القلق المرتبط بالعلاقات مع الآخرين بين طلبة جامعيين ، وجد دى لوريتو أنه مع الانطوائيين تتساوى فعالية التخلص التدريجى من الحساسية مع العلاج العقلانى – الانفعالى ، ومع الانبساطيين تتساوى مع العلاج الروجيرى . ولكن حين تجمع كل الحالات معا ، فإن التخلص التدريجى من الحساسية يتفوق على النوعين الآخرين من العلاج .

(٣) كشف بحث عن تفوق « التخلص التدريجى من الحساسية » تفوقا دالا على « الاسترخاء فقط » وعلى « الاسترخاء مع الإيحاء المباشر » من حيث مقياس الحد الأقصى لسريان الهواء خلال التنفس وذلك فى علاج حالات الربو ، ولكن لم توجد فروق دالة بين الأنواع الثلاثة من العلاج من حيث تواتر النوبات رغم تناقصها فى المجموعات العلاجية الثلاث .

(٤) وتحيط المشكلات المنهجية بنتائج البحوث فى علاج الجنسية المثلية – وتشير نتائج البحوث إلى أن حوالى ٢٥٪ من المرضى سوف يتجهون كلية إلى الجنسية الغيرية بعد العلاج وبصرف النظر عن المنهج العلاجى المتبع . ويكون التنبؤ أفضل فى حالات الإحالة الذاتية وفى حالات وجود تاريخ سابق من الاهتمام بالجنس الآخر . ولكن نظرا لأن ٢٥٪ من المرضى يتحسنون سواء أعطى لهم

علاج أم لا ، فإنه لا يمكن القطع بأن التحسن يرجع إلى العلاج قبل أن تتوفر بيانات خط أساس عن الأفراد غير المعالجين . وفى تجارب مضبوطة قام بها فلدمان وماككلوك وجد أن كلا من الإشراط الكلاسيكى والإشراط التجنبى قد نجح بنسبة ٦٠٪ مقابل نسبة نجاح ٢٠٪ للعلاج النفسى ، ولكن وجد أن الإشراط أكثر نجاحا فى حالات الجنسية المثلية الثانوية (خبرة جنسية غيرية واحدة سابقة على الأقل) منها فى حالة الجنسية المثلية الأولية (عدم توفر أى خبرة جنسية غيرية سابقة سارة) . ويقرر الباحثان كما يقرر غيرهما ، أنه من الضرورى توفر استجابة بديلة (سلوك جنسى غيرى) إذا أريد للعلاج أن ينجح ، ثم تجريب « التخلص التدريجى من الحساسية » لإزالة القلق المرتبط بالوظيفة الجنسية الغيرية . وإذا تطلب الأمر استخدام أسلوب التنفير لإضعاف الدافع إلى الجنسية المثلية .

(٥) ينتج « التخلص التدريجى من الحساسية » تحسنا فى حالات المخاوف أكبر مما ينتجه فى حالات الأجورافوبيا ، ولكن العكس صحيح بالنسبة للإغراق الذى أكدت دراسات حديثة فائدته فى علاج الأجورافوبيا .

نقد العلاج السلوكى :

يرى المعالجون السلوكيون أن طريقتهم علمية تتسم بكفاءة التطبيق المستمد من أسس التعلم التى تم تجريبها معمليا . وهم يرون أن معاناة الإنسان هى عادات لا توافقية يمكن إلغاء تعلمها من خلال معالجات سلوكية بسيطة . أما من يعارضون المنهج السلوكى سواء كانوا من أنصار المنهج التحليلى أو المنهج الإنسانى ، فإنهم يرون أن العلاج السلوكى هو علاج آلى ينتقص من إنسانية الإنسان ويعكس أيديولوجية تسلطية ، وأن مفاهيمه ساذجة واختزالية ومبالغة فى التبسيط ، وتهدف إلى تغيير سلوكى تافه إذا نظر إليه بمقياس الحاجات الإنسانية الأكثر أهمية مثل النمو الذاتى والابتكارية ، وفى تقدير كورشين (١٠ ، ص ٣٤٨) فإن هذا الخلاف سوف يستمر على كل المستويات لأن الكثير منه يعكس فروقا فلسفية عميقة فى تصور طبيعة الإنسان .

ومن مزايا العلاج السلوكى أنه علاج بسيط ومباشر ومختصر وبراجماتى ولا يتطلب إلا نادرا الوقت والجهد اللازمين غالبا فى العلاجات التقليدية . وأهداف العلاج السلوكى واضحة يشارك فيها كل من المعالج والمريض ، ويكون التقدم

واضحا تتوفر له علامات موضوعية . ويمكن فى ضوء الأهداف المحددة للعلاج السلوكى إنهاءه حين يتحرر المريض من الأعراض التى طلب المساعدة فى التخلص منها . وبينما تتطلب ممارسة العلاج السلوكى تدريبا فى الأسس والطرق السلوكية ، إلّا أنه لا يتطلب تعمقا فى النظرية السيكولوجية والعلوم الاجتماعية أو المعرفة البيولوجية والطبية أو خبرات عريضة فى الحياة أو تحليلا شخصيا ، وهو ما يغلب أن تتطلبه ممارسة بعض الأنواع الأخرى من العلاج ، بل أن الكثير من العمل فى تعديل السلوك يمكن أن يقوم به المساعدون الفنيون والممرضات والوالدان والمدرسون ، مما يوفر الوقت للمهنيين لإجراء البحوث ولتطوير البرامج . وهذه الاعتبارات : البساطة والسهولة والاقتصاد اعتبارات قوية فى وقت يزيد فيه الطلب على الخدمات النفسية مع قلة المصادر المهنية . إلّا أن نفس الاعتبارات تزيد من مخاطر تطبيق العلاج السلوكى بطرق آلية سطحية وأن يناله التخريب من قبل الهواة .

ولكى يفيد المريض من العلاج السلوكى ، ليس من الضرورى أن تكون لديه قدرة لفظية أو قدرة على التأمل أو حتى أن يكون لديه دافع قوى كما هو الحال فى العلاجات الأخرى اللفظية . ومن ثم ، فإن العلاج السلوكى يمكن أن يلبى حاجات الكثرة الغالبة من غير المتعلمين ومن الفقراء الذين تعجز مواردهم وخصائصهم عن الوفاء بمتطلبات الأنواع الأخرى من العلاج . ومن الناحية الأخرى ، فإن هناك من الأدلة ما يشير إلى فعالية العلاج السلوكى فى حالات نزلاء مستشفيات الأمراض النفسية والعقلية والأطفال المتخلفين والمنطوين على ذواتهم autistic الذين يصعب علاجهم بالطرق الأخرى . ومهما بدت العلاجات السلوكية كريهة وبخاصة حين تتضمن عقوبات بدنية ، إلّا أنه يجب فى تقدير كورشين (١٠ ، ص ٣٤٩) أن تحتل مكانها فى علاج المرضى الشديدى التخلف طالما أنها تثبت قدرتها على تخفيف السلوك المدمر للذات وتنمية سلوك اجتماعى أكثر قبولا . وقد وسّع العلاج السلوكى من مدى التدخلات السيكولوجية لمصلحة الأقل حظا من الثقافة والأشد اضطرابا . إلّا أنه من الخطأ فى تقدير كورشين الزعم بأن العلاج السلوكى هو أحسن ما يصلح لعلاج كل المشكلات السلوكية . فهو لا يصلح لعلاج العصاب الوجودى والاكتئاب والقلق الهائم والمسبب للعجز ، والمآزق الخلقية والقيمية ومشكلات الهوية والالتزام وما شابه . وقد يمكن للعلاج السلوكى أن يخفف من استجابات المخاوف المرضية لمنبهات معينة ، ولكن ماذا عن الحزن لفقد حبيب أو الشعور بالعار لفشل فى

أمر ما ، أو الشعور بالذنب سواء كان حقيقيا أم متخيلا عن أعمال لا أخلاقية أو الشعور الغامر بالمنعة والقوة وغير ذلك من الوجدانات السلبية . كما أن تشبيه السلوك الإنسانى بالسلوك الحيوانى والتركيز على السلوك الظاهر بدلا من الحالات الداخلية يقلل تماما من تلك القيم والمشاعر والأخيلة والدوافع التى تميز أكثر من غيرها الحياة الإنسانية ، وتشيع فيها الاضطراب .

وتكون الطرق السلوكية أكثر فعالية فى الظروف التى تتوفر فيها للاكلينيكى أكبر درجات التحكم والضبط كما هو الحال فى المعمل أو فى المستشفى . ففى ظل هذه الظروف يمكن تشكيل السلوك الأساسى للحياة الاجتماعية للمضطربين . كما يمكن التخفف من استجابات القلق البؤرية والمعزولة لدى الناس الأكثر سواء . ولكن الطرق السلوكية أقل قابلية للتنبؤ عن نتائج استخدامها فى حالة الناس الذين يتسمون نسبيا بالنضج والذين يتحركون بقدر من الحرية فى العالم الاجتماعى الطبيعى رغم أنه يكون محفوفا بالألم وعدم الفعالية بفعل المشكلات الانفعالية ومن الصعب رؤية كيف يمكن لزوجة ممزقة بين مطالب العائلة ومطالب العمل وتبحث عن معنى أكبر لحياتها ، أن تجد المساعدة فى العلاج السلوكى .

إن الصياغات البسيطة والمباشرة والبرجماتية للسلوكيين هى غالبا على النقيض من المفاهيم المعتمة والثقيلة للعلاج التحليلى والوجودى وفى تقدير كورشين (١٠ ص ٣٥٠) فإن العلاج السلوكى قد قدم خدمة حقيقية عن طريق التشكيك فى بعض الاعتقادات التى كادت تصبح مقدسة للعلاجات التقليدية مثل : « لا يمكن إحداث تغير حقيقى فى وقت قصير » أو « علاج الأعراض يؤدى حتما إلى الانتكاس أو إلى إبدال الأعراض بأعراض أخرى » . وإصرار السلوكيين على اختبار هذه المفاهيم أمبيريقيا لشرحها من خلال البحث النظامى لتحديد قيمة التدخلات العلاجية له أهمية كبيرة فى علم النفس العلاجى بخاصة ، فى ضوء الاتهام الموجه إليه أحيانا بأنه ينقصه الانضباط . ولذلك يتعين التساؤل عن مدى استقرار العلاج السلوكى فى ضوء النظرية والبحث . ويؤكد السلوكيون دائما أن العلاج السلوكى يستند إلى استخدام مبادىء التعلم التى ثبت صدقها تجريبيا ، إلّا أن النقاد يشيرون إلى أن هناك عددا قليلا من مبادىء التعلم متوفرة لشرح الظواهر البسيطة فى المعمل ، فما الحال إذن فى العصاب المعقد وفى التغير العلاجى ؟ وفضلا عن ذلك ، فإن المفاهيم الأساسية

المستخدمة غامضة وأحيانا تعرَّف دائريا ودون معنى محدد . فمثلا تستخدم كلمات : المنبه ، الاستجابة ، التدعيم والسلوك تستخدم بصورة غير دقيقة وغير متسقة لوصف ظواهر سيكولوجية لا يمكن احتواؤها فى إطار نظام لمصطلحات بسيطة . فالضغط على رافعة هو استجابة ، ولكن منظرا مخيفا متخيلا يعتبر أيضا استجابة . وأخيرا ، فإن تردد أصحاب نظريات المنبه — الاستجابة فى النظر إلى عمليات مركزية وسيطة أو « عقلية » يرغمهم على حذف الشروح البديلة لحساب مبادىء تعلم وشروح معرفية ودافعية أكثر تعقيدا .

ويعترف كثيرون أن تأثيرات التدخلات السلوكية قصيرة المدى فى فعاليتها وبخاصة بالنسبة للسلوك المشكل القابل بسهولة للتعرف عليه . ولذلك تجرى البحوث لتحديد المتغيرات العلاجية الفعالة فى حالات النجاح والفشل . وتتجه التفسيرات اليوم إلى عدم الاقتصار على نظرية التعلم التقليدية وإلى الاهتمام بتوقعات المريض والعلاقة بينه وبين المعالج وإلى الجوانب المعرفية . وتتناول هذه البحوث تأثير المتغيرات العديدة التى تندرج عادة تحت مصطلح « التأثيرات غير النوعية » . وينزع المتشككون فى فعالية الأساليب السلوكية إلى معادلة هذه التأثيرات بمتغيرات عقلية لا يرون لها أساسا واضحا فى نظرية التعلم . وهكذا ، فإنه بقدر ما يمكن نسبة التأثيرات العلاجية إلى مثل هذه المتغيرات فإن النظرية « الكلاسيكية » فى التعلم قد لا تكون نموذجا مناسبا . ولكن البعض الآخر يرى أن هذه التأثيرات قابلة للتحديد وبخاصة فى إطار موسع من التعلم الاجتماعى . ومن هذه التأثيرات غير النوعية توقعات المريض ، وبخاصة تأثيراتها فى التخلص التدريجى من الحساسية . ويرى بعض الباحثين أن هذه القضية مفتعلة ، فمن الواضح أن المرضى الأكثر تعاونا سوف يظهرون قدرا أكبر من التحسن وأن رغبة المريض فى التعاون قد ترتبط بتوقعاته بأن تحسنا سوف يحدث . وفى ضوء منهج التعلم الاجتماعى فى العلاج يرى البعض أنه من الأجدى التركيز على معرفة كيف تزداد توقعات المريض بالنجاح من النتائج العلاجية وكيف يمكن للمعالج أن يزيد من التوقعات الواقعية من جانب المريض لنتائج العلاج . ويقترح البعض عددا من الأساليب لذلك الغرض منها ما يسمى « تحديد البنيان المعرفى » والاستمرار فى التأكيد على إمكانية التحسن وذلك لعبور الهوة بين المحاولات الأولى والتغير الملحوظ المؤجل واستثارة وجدانات إيجابية لمقاومة الانفعالات السلبية .

ومن هذه التأثيرات غير النوعية العلاقة بين المريض والمعالج . وتكاد تركز المناقشات فى هذا المجال على الخبرة الإكلينيكية ويعوزها البرهان الإمبيريقى . وفى ضوء مناقشاتنا السابقة فقد خلصنا إلى أن العلاقة الطبية بالرغم من إنها ليست وحدها ظرفا أو شرطا كافيا للتغيير إلّا أنها حيوية لإحداث تحسن ملحوظ ، وإلى أن نظرية التعلم لا تتناقض مع الاعتراف بأهمية هذه العلاقة . وينادى البعض باستخدام المعالج السلوكى لقيمة التدعيم الاجتماعى وامتدادها خارج الموقف الاكلينيكى شخصيا وعمليا إذا كان ذلك ضروريا لتحريك المريض . ولتفادى زيادة اعتماد المريض على المعالج ، فإن هذا الاعتماد يستخدم علاجيا فى المراحل الأولى ويحل بحذر فى المراحل المتأخرة .

ومن المناهج التى تركز على العلاقة بين المعالج والعميل التحليل النفسى ، وهو يهتدى بالنموذج الطبى الذى يؤكد على حل الأسباب التى يفترض أنها تكمن وراء مشكلات العميل والتى تكون ضاربة غالبا فى أغوار اللاشعور - ويساعد المحلل العميل على كسب البصر فى أسباب سلوكه وهو يفسر له هذا السلوك فى إطار تحليلى يقوم أساسا على العلاج اللفظى وتداعى الكلمات وتفسير الأحلام للكشف عن الصراع وديناميات السلوك من خلال التاريخ النفسجنسى . وفى المقابل يتجنب تعديل السلوك البحث عن الأسباب الكامنة التى يصعب تعريفها وقياسها ، ويؤكد على التشابك بين مختلف جوانب السلوك فى الحاضر . ويستعين أكثر ما يستعين بالتعلم المحدد البنيان . وعلى الرغم من هذه الفروق بين المنهجين إلّا أن البعض يرى أوجه اتفاق إذا لاحظنا ما يفعله المعالج فى كل من المنهجين وليس ما يقول أنه يفعله . فكل من المنهجين يصلح للاستخدام مع أنواع عديدة ومتنوعة من العملاء والمشكلات ، وكل منهما يكمل الآخر وهما يعالجان جوانب أو مستويات مختلفة من مشكلات الناس . إلّا أن هذا القول ينقصه الوضوح . ويرى البعض أن تعديل السلوك قد يؤدى إلى تغييرات سيكودينامية . فمثلا ، وجد كامبل (١٣ ، ص ١٥٥) أن إزالة الحساسية تؤدى إلى تناقص استجابات قلق الخصاء كما يقيسه اختبار التات ولكن ليس كما يقيسه الرورشاك . ويفترض كامبل أن إزالة الحساسية يمتد تأثيرها إلى العلاقات بين الأشخاص والتى يقيسها التات ولكن ليس قلق الخصاء كما يقيسه الرورشاك . ولكنها تقوى الأنا ومن ثم تمنع حدوث الأعراض البديلة .

أما عن المستقبل ، فإن كورشين يأمل أن تقل الفجوة بين السلوكيين والتحليليين والانسانيين ، وأن يكتسب كل طرف الاحترام للطرف الآخر من حيث المفاهيم والطرق وينقل كورشين عن لازاروس فى هذا الصدد رأيا يمكن إيجازه على النحو التالى (١٠ ، ص ٣٥١) من الواضح أن اكتساب الاستبصار لن يحرر المريض من « اللازمات » أو المخاوف أو السلوك القهرى أو الانحرافات الجنسية ، بينما يحرر المريض من هذه الأعراض وبغير انتكاسة أو إبدال الأعراض بأعراض أخرى ، الإشراط الإجرائى أو التخلص التدريجى من الحساسية أو الإيحاء المباشر بالتنويم المغناطيسى . هل يعنى ذلك أن نتخلى عن معرفة الذات لحساب أساليب الإشراط ؟ إذا كان الهدف هو القضاء على التبول اللاإرادى أو تعليم طفل منطو على ذاته الكلام أو استثارة سلوك مقبول اجتماعيا بين النزلاء الفصاميين ، فإن الأدلة البحثية والإكلينيكية تشير إلى أنه سوف يكون من الغباء تجاهل المناهج والطرق السلوكية المباشرة . وحتى فى هذه المواقف ، فإن اهتماما أكبر بالعلاقات البينشخصية للعميل قد تقوى وتقدم من تأثيرات طرق معينة لإعادة الإشراط ، إذ من الواضح أن تعليما أو تدريبا فى مجال معين يحتمل أن يؤدى إلى أداء أحسن فى هذا المجال ، وعادة سوف يجد المصابون بالتهتهة أن تمرينات السيولة اللفظية أكثر فائدة لتحسين الكلام من التأمل . ومن يعانون من مخاوف مرضية سوف يستجيبون للتخلص التدريجى من الحساسية أحسن من استجابتهم للتحليل النفسى . والمهارات الاجتماعية تكتسب بسهولة أكبر من خلال التدريبات السلوكية (النمذجة ولعب الأدوار) أكثر مما تكتسب من خلال النصح أو المقابلات غير الموجهة – وحيث أنه ليس من السهل دائما تحديد أين تختلط المشكلات المحدودة فى الأداء الفعال أو فى اختلاله ، مع مشكلات المعنى الأبعد غورا ، فإن المعالجين يتعين أن يحاولوا تحديد ما يتعاملون معه قبل أن ينخرطوا فى أساليب إعادة الإشراط أو فك الإشراط . والسؤال الأساسى الذى يتعين الإجابة عنه هو ما إذا كان الإكلينيكى يتعامل مع مشكلة أم مع عَرَض . فأن نزيل حساسية مريض بالمخاوف مثلا دون أن نحدد أولا ما إذا كانت هذه المخاوف هى مجرد استجابة تجنب ، أم مظهرا ذهانيا أم تراجعا رمزيا أم محاولة لإنقاذ ماء الوجه أو وسيلة للحصول على اهتمام الآخرين أو سلاحا يستخدم فى صراع عائلى أو زواجى .. مثل هذا العمل يخرق قاعدة أساسية هى : « التشخيص قبل العلاج » .

آراء باندورا :

ويرد باندورا (٢) فى خطابه الرئاسى للجمعية النفسية الأمريكية فى اجتماعها السنوى فى نيو أورليانز بالولايات المتحدة الأمريكية فى أغسطس ١٩٧٤ على الكثير من الانتقادات التى توجه إلى المدارس السلوكية وفى مقدمتها : احتمال إساءة استخدام تطبيقاتها من قبل من بيدهم السلطة لتشكيل سلوك المحكومين بما يتفق مع أهدافهم ؛ والزعم بأن المنهج السلوكى يخلو من احترام العميل بوصفه إنسانا ليس من حق أحد حتى لو كان معالجا أن يشكل سلوكه عن طريق التدعيم ثوابا أو عقابا . يرد باندورا بقوله : إن هذه الانتقادات ترجع إلى سوء فهم ، ويقرر باندورا أن الإشراط ليس أكثر من مصطلح وصفى للتعلم عن طريق الاقتران بين الخبرات ، فهو ليس شرحا للطريقة التى يحدث بها التغير فى السلوك . وقد كان يفترض فى بداية الأمر أن الإشراط يحدث بصورة آلية ، إلّا أن البحوث كشفت بعد ذلك عن تدخل العوامل المعرفية فى عملية الإشراط . فالناس لا يتعلمون بالرغم من تكرار اقتران الخبرات إلا إذا كانوا يعون أو يقدرون أن هذه الأحداث مترابطة . والاستجابات الشرطية تنشط ذاتيا فى أغلب الحالات على أساس توقعات متعلمة وليس على أساس آلى . فالعامل المهم إذن ليس هو وقوع الأحداث معا فى نفس الوقت ، ولكنه تعلم الفرد التنبؤ بها والتهيؤ بالاستجابة المتوقعة المناسبة . وإذا كان السلوك يتأثر بعواقبه ، إلا أن ذلك يتوقف على الوعى بنوع العواقب وعلى فهم طريقة تأثيرها . فالعواقب تؤثر فى السلوك عن طريق تأثير الفكر . والإنسان حين يلاحظ تأثير أفعاله ، يميز فى نهاية الأمر أى أنواع السلوك يناسب أى المواقف . وهو يستطيع أن يتنبأ بعواقب السلوك فيسعى إلى ما يفيد ويتجنب ما يضر ، ويكون ذلك غالبا بصورة شعورية . أى أن السلوك لن يتأثر كثيرا بعواقبه دون وعى بما يدعم ، كما أن التدعيم ليس عملية آلية ، ولكنه تأثير معرفى ودافعى – والفرد لا يعمل فى عزلة ، فهو يلاحظ سلوك الآخرين وما يثاب أو يعاقب أو يهمل من هذا السلوك . ولذلك فإنه من الممكن أن يفيد من ملاحظة سلوك الآخرين كما يفيد من خبراته المباشرة . والسلوك الإنسانى يمكن فهمه على أساس العلاقة التأثيرية بين السلوك الملاحظ والخبرة الذاتية أفضل مما يمكن فهمه على أساس عامل واحد منهما فقط .

علم النفس الإنسانى والسلوكية : يعتبر علم النفس الإنسانى فى نظر أصحابه القوة الثالثة فى علم النفس باعتبار تعديل السلوك والتحليل النفسى القوتين الأخريتين . ويعتبر الإنسانيون أن السلوكيين يتمسكون بالحتمية ويتعاملون مع السلوك الهامشى بينما يتعاملون هم مع الخصائص البشرية : الإرادة وما يحدث داخل الإنسان ، ما هو فريد فيه ، كرامته وقيمته ، المعنى والقيمة والاختيار والخبرة والابتكارية والفهم الذاتى والتناسق فى الحياة وقدر أكبر من تقرير الذات والمسئولية وتحسين الاتصال والتعبير الوجدانى وزيادة الوعى . ويرد السلوكيون بأن أعدادا كبيرة منهم لا يعترضون على هذه الأهداف للعلاج ، بل إننا سوف نرى فى فقرات تالية أن ثوريسين يسمى مذهبه « الإنسانية السلوكية » ، كما أن سكينر انتخب عام ١٩٧٢ « الرجل الإنسانى » بواسطة الرابطة الإنسانية الأمريكية لاهتمامه بالسلوك الإنسانى ومصير الإنسانية .. ويرى البعض أوجه اتفاق بين السلوكية والمذاهب الإنسانية فى الاهتمام مثلا بالضبط الذاتى وما يرتبط به من وعى والاهتمام بالعمليات المعرفية والاتجاه العام بأن الشخص قادر على التغير ، وفى الكثير من مراكز العلاج النفسى يجمع اليوم بين أساليب العلاج الروجيرى المتمركز – حول – العميل (وهو من أهم نماذج العلاج الإنسانى) وبين أساليب تعديل السلوك التى تمد المعالج بما ييسر إقامة علاقة طيبة مع عميله .

يرى ثوريسين (١٩) أن الخلاف بين المدارس الإنسانية كما تتمثل فى آراء ماسلو وكارل روجرز وروللوماى وفرانكل وغيرهم والمدارس السلوكية فى العلاج النفسى هو إلى حد كبير نتيجة سوء فهم للمدرستين . ويتفق فى ذلك الرأى مع باندورا . ويحاول ثوريسين ترجمة المفاهيم الإنسانية إلى أفعال إنسانية (استجابات) ، وهو يرى أن المنهج السلوكى فى الضبط الذاتى هو طريقة لمساعدة الفرد فى اكتساب قوة التوجيه الذاتى . إذ يهتم النموذج السلوكى للضبط الذاتى بفحص الأحداث الداخلية والخارجية التى تسبق وتتبع السلوك المعين . وتؤخذ بعض أفعال معينة للشخص محورا للضبط الذاتى مثل تدخين عدد أقل من السجائر ، التخفف من الطعام ، معاناة قدر أقل من أخيلة المخاوف ، الخ . ولا ينظر إلى الضبط الذاتى بوصفه سمة أساسية للشخصية أو قوة داخلية كلية فى الشخص مثل « قوة الإرادة » بل ينظر إليه بوصفه فعلا فرديا يمكن فهمه أحسن ما يمكن بوصفه فعلا إنسانيا له قيمته . فكل شخص قادر على تعلم الضبط الذاتى ومسئول عن أفعاله . وتقرب هذه النظرة كثيرا

من النظرة الوجودية الظاهراتية فيتعلم الشخص أن يكون ناقدا وملاحظا لأفعاله ولأفعال الآخرين وأن يولد فرضيات عن أى أنواع التدخل يمكن أن تحدث التغير المرغوب . أى أن مركز الاهتمام هو إعطاء الشخص قوة التغيير ، وتميز هذه النظرة بين الاستجابات المضبوطة ذاتيا والاستجابات الضابطة للذات . وهذه الأخيرة معرضة لنفس المؤثرات البيئوية مثل الاستجابات المضبوطة ذاتيا . فالسلوك الضابط للذات مثل ممارسة الاسترخاء سلوك . ويستخدم الشخص مجموعة من الاستجابات المضبوطة ذاتيا لضبط استجابات أخرى . ومن المشكلات العملية التى تواجه الأشخاص الذين يحاولون ضبط أفعالهم هى كيف يحافظون على أفعالهم الضابطة للذات . ذلك أن سلوك الشخص الضابط للذات يتأثر فى نهاية الأمر بالبيئة الخارجية (مثل المدح الاجتماعى والتغيرات العائلية وتحسن التقارير الطبية ، الخ) . وعلى الشخص أن يرتب البيئة الخارجية بحيث تشجع بدلا من أن تثبط سلوكه الضابط للذات . فمثلا ، الأم التى تطهو وجبات دسمة وتصر على أن يتخم كل فرد فى العائلة نفسه ، تجعل من الصعب على ابنها البدين الاحتفاظ بالاستجابات الهادفة إلى خفض كمية الطعام التى يتناولها . ولذلك فإنه يبدو معقولا اعتبار الضبط الذاتى بعدا متصلا من مناشط مختلفة بدلا من اعتباره فئة أو كينونة معارضة للضبط الخارجي . وقد سبق أن ناقشنا ثلاث استراتيجيات للتنظيم الذاتى هى : الملاحظة الذاتية والتخطيط البيئوى والبرمجة السلوكية . ويرى ثوريسين أن المعالجات غير الأمبيريقية من جانب المدارس الإنسانية لن تسعفنا بالأساليب التى تمد الفرد بالقوة وأنها تؤخر التقدم العلمى ، كما أنه يرى فى نفس الوقت أن المنظور الضيق للسلوكية التقليدية يعوق البحث . وهو ينادى بتجنب اصطناع الثنائية والسلوكية مقابل الإنسانية وبمحاولة التوفيق بين المدرستين ، فكلاهما تشاركان فى الكثير مثل الاهتمام بزيادة فهم العمليات الظاهرة والباطنة التى تؤثر فى أفعال الأفراد . والدراسة المتعمقة للفرد تقدم منهجا ملائما للدراسة الوثيقة له مع إمكانيات التنظيم الذاتى . ويرى ثوريسين أن المشكلة فى قضية الحرية الفردية مقابل تحكم الآخرين فى الفرد هىأن الخبرات الماضية والحاضرة للأشخاص الآخرين تؤثر فعلا فيما قد يقرر الفرد فعله فى الحاضر . والفرق بينهما هو فى « من يتحكم فى أى المنبهات ؟ » أو من الذى يستخدم ويضبط المعلومات (المنبهات) التى تؤثر فى الفعل الإنسانى؟ والوعى هو أساس الحرية والضبط الذاتى لأنه يمد الفرد بالمعلومات التى يحتاجها لتغيير مصادره المنبهة : داخليا وخارجيا وحرية

الفعل تعتمد على وعى الفرد أو معرفته بأى أنواع المعلومات (المنبهات) تؤثر فى سلوكه هو . ويتعين أن يشمل هذا الوعى المنبهات الداخلية أو غير الظاهرة والبيانات الخارجية لكل من السلوك الداخلى والخارجى . والطفل يتعلم الضبط الذاتى عن طريق ملاحظة الآخرين فهو يبدأ بالكلام بصوت عال مع نفسه أولا ثم يستبدل ذلك تدريجيا بالتحدث داخليا مع نفسه فى صورة تعليمات ذاتية . ومع ازدياد الحديث غير الظاهر ، يفقد الفرد وعيه بهذا السلوك الداخلى ويبدو له أن ما يفعله تلقائى يتحدد كلية من الداخل. وتوفر هذه الاستجابات المتعلمة غير الظاهرة هو الذى يحدد ما إذا كان الشخص يملك « حرية الفعل » . ويشير عدد من التجارب إلى أنه يمكن تعليم الأشخاص عن طريق أساليب التعلم الاجتماعى « أن يتحدثوا إلى أنفسهم بطريقة مختلفة » ، وبذلك يكسبون حرية أكبر وضبطا ذاتيا أكبر . وفى بعض التجارب مع الأطفال الذين كانوا يجدون صعوبة فى القيام بعمل ، قدمت لهم أمثلة عيانية (نماذج اجتماعية) من آخرين يعطون تعليمات لأنفسهم بصوت مرتفع . وقد تدرب الأطفال بعد ذلك على التحدث مع الذات تدريجيا إلى أن استطاعوا توجيه أفعالهم بأنفسهم دون عون خارجى . وأساليب الضبط الذاتى لها تاريخ قديم وغامض ، كما يتمثل فى إجراءات اليوجا والزن Zen لضبط الأفكار والاستجابات الفسيولوجية . وقد استطاع بعض الأفراد تغيير معدل نبض القلب وحرارة الجسم وأنماط موجات المخ ، باستخدام إجراءات اليوجا . وقد اتسع نطاق البحوث السلوكية فشمل التدريب باستخدام إرجاع الأثر البيولوجى ، والتركيز المعرفى والإشراط الأدائى الإجرائى للاستجابات الغددية والحشوية . والخلاصة ، يرى ثوريسين وماهونى فى نموذج الضبط الذاتى السلوكى الطريق للتوفيق بين المدارس السلوكية والإنسانية (١٩ ، ص ٤٠٢) .

ويقدم ساندبرج وتابلان وتايلر (١٨) الملاحظات التالية فى تقويمهم للمدارس السلوكية والسلوكية المعرفية وتعديل السلوك ، وهى تمثل فى تقديرنا ملاحظات متوازنة وشاملة تضاف إلى ما قدم فى عرضنا السابق :

(١) يمثل التأكيد على السلوك والتفكير فى المدارس السلوكية بعامة نقطة ضعف فى تناول الانفعالات ، فلم يتيسر إلا حديثا للسلوكية المعرفية فى صور متباينة أن

تظهر قدرتها على التعامل مع عديد متنوع من المشكلات الإنسانية من منظور عام ، ومنها : الاكتئاب والمشكلات العائلية ، والوالدية ، وسلوك الطفل ، والجنوح ، ورعاية المجتمع المحلى لمرضى العقول وللمتخلفين ، ولا تقدم السلوكية المعرفية الشيء الكثير لأولئك الذين يسعون إلى النمو الشخصى من خلال التأمل الباطنى العميق أو من خلال الخبرات الجماعية .

(٢) تنطبق الفعاليات المبكرة فى المدرسة السلوكية الخالصة بسهولة على مواقف كثيرة ، إذ يمكن الاستعانة بها والإشراف عليها بواسطة أشباه المهنيين أو غير الاختصاصيين ، فهى مهام تطبق وجها – لوجه وهى ظاهرة الصدق ومعقولة ، إلّا أن الوقت الطويل والتكلفة العالية للملاحظة فى المنزل والمدرسة وتدريب الملاحظين والاحتفاظ بالسجلات تمثل مشكلات عملية للعيادات وللممارسين .

(٣) تنشأ مشكلات خلقية كثيرة حين يستخدم العقاب أو الحرمان .

(٤) الكثيرون من المعالجين النفسيين يكرهون تعديل السلوك لأنه يتجاهل الانفعالات ، ويقضى على ما يحيط بالعلاج النفسى من غموض وغيبية . وكذلك يكره الآباء تعديل السلوك لأنهم يخلطون بين المدعمات وبين الرشوة ، أو بسبب ما يتطلبه رصد السلوك من مسئوليات كبيرة ومرهقة .

(٥) هناك خطر احتمال التبسيط الزائد من قبل المدربين تدريبا جزئيا .

(٦) أسهمت السلوكية الإجرائية بتقديم أساليب عديدة استفادت منها المدارس العلاجية الأخرى فى مجال ملاحظة وتصنيف السلوك وتحليل عواقبه .

وتنحو المدارس الأكثر معرفية إلى الطرف الأكثر محافظة . وهى تعتمد على قادة مدربين بقدر أكبر ، كما أنها تهتم بالانفعالات بقدر أكبر (الاكتئاب مثلا) ، وهى نادرا ما تستعين بالتنفير أو بالعقاب . وتستثير نسبة أقل من الاتهامات بتقديم الرشوة .

وكانت المناهج السلوكية المبكرة تبدو محايدة خلقيا ، أى يمكن استخدامها استخداما طيبا أو غير طيب طبقا لمن يستخدمها . ولكن يبدو أن احتمال إساءة استخدام التطورات الأحدث مثل علاجات الضبط الذاتى أقل ، بينما تزداد احتمالات أن يكون لها قيمة اجتماعية . وفى هذه المرحلة ، تبدو السلوكية المعرفية دفعة كبرى فى

علم النفس تقدم إمكانية التكامل بين الفكر والممارسة ، كما تقدم إمكانية أرسخ قدما من حيث التطور الفكرى وحل المشكلات والتقويم والتشخيص والعلاج (١٨ ، ص ٢٨٩) .

الخلاصـــة

نخلص مما سبق إلى أن المدارس السلوكية والمعرفية تشترك مع غيرها من المدارس فى بعض الممارسات بحيث لا تبدو هذه الممارسات – مع النظرة المتعمقة على هذا القدر من التنافر . وليس أدل على ذلك من أن بعض البحوث ومنها بحوث فيدلر مثلا (٨ ، ص ٢٧٣) وجدت أن العلاقات العلاجية التى يقيمها خبراء مدربون من مدارس علاجية مختلفة أكثر تشابها مما هى بين الخبراء والمحدثين من نفس المدرسة . وكل المدارس العلاجية تفترض أن السلوك الإنسانى يمكن تغييره ، وأن العلاج النفسى يهيىء الظروف التى يمكن فيها علاج المشكلات السلوكية من خلال فكّ التعلم ثم إعادة التعلم . إلّا أن الصورة الحقيقية لعملية التعلم تتوقف على نوع النظرية الممارسة . وكذلك تتفق المدارس العلاجية على أن التعلم يحدث فى سياق علاقة علاجية مهنية تعمل على تعظيم تأثير خبرات التعلم فى العميل ، ولو أنها تختلف فى اعتقادها بحتمية وبمستوى أهمية هذه العلاقة . ويتوقف نوع العلاقة المقامة على متغيرات عديدة منها طبيعة مشكلات العميل وصورة خبرات التعلم المقدمة . ولا تختلف المدارس العلاجية اختلافا كبيرا على أن تأثير العلاج النفسى يتوقف إلى حد كبير على دافع العميل إلى التغير وعلى توقعه بأنه سوف يكون أحسن نتيجة للعلاج .

وفى الممارسة العملية نجد أن المعالجين غير السلوكيين يستخدمون أساليب سلوكية فى عملهم ومنها التدعيم الاجتماعى اللفظى وغير اللفظى (الابتسامة مثلا) وكذلك صورا من إزالة الحساسية عن طريق خلق مناخ لا عقابى فى الجلسات يشجع العميل على الكشف عن مشاكله وذاته فرديا أو فى جماعة . ويعنى ذلك المزاوجة بين ظرف بيئى ميسر (لا يتفق مع خبرة القلق) . وتعبيرات العميل عن هيراركية منخفضة فى الكشف عن الذات هى الخطوة الأولى الرئيسية فى إزالة الحساسية . ويتشجع العميل بالتدريج على الكشف عن أمور أكثر حساسية عن حياته (الارتفاع فى الهيراركية) بينما يتزاوج كل حدوث لهذا الكشف عن الذات مع ظرف العلاقة

الميسرة . وكذلك تستخدم مدارس علاجية كثيرة التدريب على تأكيد الذات وإعادة البناء المعرفى والتشكيل .

ولكن العلاج السلوكى - فى تقدير الممارسين له - يتميز باختياره أعراضا سلوكية معينة لعلاجها وباستخدام إجراءات عيانية محددة ومخططة بصورة نظامية لإحداث تغيير سلوكى وبالاستمرار فى مراقبة التقدم بمقاييس كمية . ولا يقبل السلوكيون المتمرسون مجرد علاج الأعراض المقدمة بصورة آلية فهم ينظرون إلى الناس بوصف أن لديهم مشكلات تترابط وظيفيا رغم أنه لا يوجد بينها سبب كامن مشترك ولكنها تشكل سلسلة من المنبهات والاستجابات . فمثلا ، قد يشكو طالب من عدم قدرته على التركيز وأنه غير مستعد للامتحان بسبب تركيزه على صديقته بصورة وسواسية وهو لا يستطيع أن يؤكد ذاته حيالها ويخشى إن فعل ذلك أن يفقدها . وقد يؤدى ذلك إلى تعاطيه الكحول بشراهة مما يؤخر قدرته على مواجهة مطالب الدراسة وصديقته .

وثم ميزة هامة يراها المتحمسون للعلاج السلوكى وهى استعانته بطرق وأساليب عديدة ومتنوعة يمكن تجربتها ، فلا يوجد التزام بطريقة واحدة شاملة لكل الأعراض كما هو الحال فى صور العلاج الدينامى والإنسانى . فقد يتلقى الاكتئابى علاجه من خلال إعادة البناء المعرفى والتدريب على تأكيد الذات . وقد تزال حساسية شخص يخاف من الرعد ، وقد يعالج الاستعراء من خلال التنفير وإزالة الحساسية وعلاج الخوف من الحميمية الجنسية . وقد يعالج نقص الكفاءة فى التعامل مع المرأة من خلال التدريب على تأكيد الذات . وقد يشارك فصامى مزمن مقيم فى المستشفى فى برنامج للماركات الرمزية يطبقه المساعدون فى المستشفى ، وذلك بقصد زيادة الوعى بالبيئة وتنمية مهارات الرعاية الذاتية والدافعية إلى المشاركة فى النشاط التأهيلى . وقد يعالج مدير من الضغوط من خلال برنامج فى الاسترخاء الموسيقى والأخيلة الايجابية ومن خلال تكتيكات الاتصال الفعال مع المرءوسين ومهارات اتخاذ القرار . وقد تعالج امرأة تعانى من غسل الأيدى القهرى من خلال إجراءات قمع الاستجابة ووقف الأفكار وزيادة الحساسية غير الظاهرة والتدريب على الاسترخاء . وقد تعالج مريضة تعانى من الأجورافوبيا من خلال إرشاد زواجى سلوكى بما فى ذلك التعاقدات التبادلية والتدريب على الاتصال وإزالة الحساسية فى مواقف حية والتدريب على تأكيد الذات . وقد يعالج مريض يعانى من آلام مزمنة من خلال التدريب على

إرجاع الأثر الحيوى والتنويم المغناطيسى ووقف الأفكار والتدعيم الاجتماعى لزيادة النشاط والسلوك المضاد للألم . وبينما يغلب أن يبدأ المعالجون الذين يتبعون المنهج العقلانى – الانفعالى ، بتعليم العميل طرقا جديدة فى التفكير تمهيدا للتخلص من السلوك السلبى ، يغلب أن يعلم السلوكيون العميل كيف يغير سلوكه الاجتماعى الظاهر ومن ثم يتبع طرقا جديدا فى التفكير .

والسلوكيون بعكس التحليليين يقومون بدور أكثر نشاطا فى تعليم العميل ، وإذا حدث طرح فإنهم يقللون منه إلا إذا وصل العلاج إلى طريق مسدود .. وهم يركزون على المظاهر الحاضرة ودلالات استجابات الطرح ولا يهتمون بالماضى . والسلوكيون أقل ميلا إلى القاء اللوم على العميل ، ويرون أن المشكلة تحدث حين يكون التقويم غير دقيق وبرنامج العلاج ناقصا . وهم أكثر واقعية فى تحديد أهداف العلاج ويكثرون من استخدام « الواجبات المنزلية » وهم يشاركون الجشتالتيين والإنسانيين فى النظرة الفلسفية وفى النفور من النموذج الطبى واستخدام التصنيفات السيكياترية . وهم يقبلون هدف تحقيق الذات والحرية الشخصية التى يسعى إليها « الإنسانيون » إلّا أنهم يحددون وسائل تحقيق هذه الأهداف من خلال التطبيق الإنسانى لتكنولوجيا العلاج السلوكى .

بقيت كلمة أخيرة ، وهى أنه فى الممارسة العملية يصعب تجاهل متغيرات البيئة والتى كما سبق القول ، تشكل متغيرا بالغ الأهمية فى العلاج السلوكى . فمن المعقول مثلا افتراض أن نتيجة العلاج النفسى تتأثر بمقدار الاتفاق بين توقعات المريض من العلاج والعملية الحقيقية للعلاج ، وبالتالى فقد تتأثر هذه النتيجة بمدى تقبل العميل للإجراءات التى قد تتبعها بعض المناهج السلوكية من تخيل مناظر أو القيام بممارسات أو الاستسلام لعقاب . وقد يرى العميل أن ذلك لا يتفق مع المعايير الثقافية والخلقية السائدة ومع مفهومه عن العلاج النفسى . ولعل أظهر الأمثلة يكمن فى الممارسات التى قد تتبع أحيانا فى علاج المشكلات الجنسية أو فى التدريب على تأكيد الذات (قبل الوالدين أو الرؤساء مثلا) . وتشير الخبرات المحلية إلى أن قدرا كبيرا من فعالية العلاج السلوكى فى المؤسسات والمستشفيات بخاصة ، يتوقف على مدى تعاون المساعدين والعاملين فى هذه المؤسسات والمستشفيات فى تعبئة كل قوى البيئة لخدمة أهداف العلاج السلوكى ومدى التزامهم بتنفيذ الاستراتيجية العلاجية . ويرتبط ذلك إلى حد كبير بمستوى إعدادهم المهنى فضلا عن مستوى التزامهم الخلقى .

ولا يعنى ما سبق رفض الإجراءات العلاجية السلوكية ، ولكنه يعنى أن هناك حاجة ملحة للقيام ببحوث محلية أمبيريقية ، وإلى تجميع نظامى للخبرات العملية فى ممارسة العلاج السلوكى فى البيئات المحلية واستخلاص النتائج . ولسنا فى حاجة إلى التأكيد بانه من الخطأ الاعتقاد بأن قراءة مخطوط مثل الكتاب الحالى يؤهل وحده القارىء لممارسة العلاج السلوكى . فنحن أحوج ما نكون إلى إنشاء معاهد تخصصية لإعداد المعالج النفسى المسلح بالعلم وبالميثاق الخلقى .

REFERENCES

1. Axelrod, S. Behavior modification for the classroom teacher. New York: McGraw-Hill, 1977.
2. Bandura, A. Behavior theory and the models of man American Psychologist, 1974, 29, 859-869.
3. Beck, A.T. Cognitive therapy. In H.J. Kaplan & B.J. Sadock (Eds.), Comprehensive textbook of psychiatry New York: Williams & Wilkins. 1985.
4. Bernstein, D.A. & Nietzel, M.T Introduction to clinical psychology. New York: McGraw-Hill, 1980.
5. Brady, J.P. Behavior therapy. In H.J. Kaplan & B.J. Sadock (Eds.), Comprehensive textbook of psychiatry New York: Williams & Wilkins. 1985.
6. Ellis, A. Rational-emotive therapy. In R.Corsini (ed.), Current psychotherapies. Itasca, Ill., Peacock Publ. 1973.
7. Goldstein, A. Behavior therapy. In R. Corsini (Ed.), Current psychotherapies. Itasca, Ill., Peacock Pabl. 1973.
8. Hollander, M. & Kazaoka, K. Behavior therapy groups In S, Lang (Ed.) Six group therapies. New York: Plenum Press, 1988.
9. Kanfer, F.H. & Phillips, J.S. Learning foundations of behavior therapy. New York: Wiley, 1970.
10. Korchin, S.I. Modern clinical psychology. New York: Harper & Row, 1976.
11. Mahoney, M.J. & Arnhoff, D. Cognitive and self-control therapies. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), Handbook of psychotherapy and behavior change New York Wiley, 1978.
12. Meichenbaum, D., & Turk, D. The cognitive-behavioral management of anxiety, anger, and pain. In P. Davids, (Ed.) Behavioral managiement of anxiety, depression and pain. New York, Brunner/ Mazel, 1976.
13. Mikulas, W.L. Behavior modification. New York: Harper & Row, 1978.
14. Mowrer, O.H. Learning theory and behavior therapy In B.B. Wolman (Ed.), Handbook of clinical psychology New York: McGraw-Hill, 1965.

15- Patterson, G.R. Behavior intervention procedures in the classroom and in the home. In H.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), New York: Wiley, 1971.

16. Samaan, M. The control of nocturnal enuresis by operant conditioning J. Behav. Ther. & Exp. Psychiat, 1972, 103-105.

17. ------------. Thought-stopping and flooding in a case of hallucinations. obsessions, and homicidal-suicidal behavior. J. Behav Ther. & Exp. Psychiat. 1975, 65-67.

18. Sundberg, N.D., Taplin, J.R., & Tyler, L.E. Introduction to clinical psychology. New York: Prentice-Hall, 1983.

19. Thoresen, C.E. Behavioral humanism. In C.E. Thoresen (Ed.) Behavior modification in education. Seventy-second Year book of the National Society for the Study of Education Part I. Chicago: Univ. of Chicago Press, 1973.

20. Wessler, R.L. & Hankin, S. Rational-emotive therapy and related cognitively- oriented psychotherapies. In S.Lang: (Ed.) Six group therapies. New York: Plenum Press, 1988.

دار القلم للنشر والتوزيع

شارع السور - عمارة السور - الطابق الأول

الصفاة 13062 الكويت

